

**SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS BASADOS EN LA ESCUELA DE PEDIATRIC ASSOCIATES INC.**

Formulario de consentimiento

El Distrito Escolar Local de Pickerington (PLSD) y PEDIATRIC ASSOCIATES INC. ("PAI") se han asociado para ofrecer servicios de salud complementarios en la escuela a los estudiantes del PLSD. El objetivo de este programa es mejorar la salud y el bienestar de los estudiantes para que puedan tener éxito en la escuela. El propósito de los servicios de salud escolar ofrecidos es proporcionar atención médica de calidad en un entorno escolar amigable y familiar en el momento que sea adecuado para el estudiante y la familia. Este programa NO reemplaza su proveedor regular de atención médica. Se proporcionarán servicios escolares, de enfermería y de emergencia, ya sea que usted dé su consentimiento para participar en el programa o no.

Nombre del paciente/estudiante \_\_\_\_\_ Grado Padre/Tutor si el Paciente/Estudiante tiene menos de 18 años \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Atención/Tratamiento Médico**

Para que los estudiantes/pacientes reciban atención a través de este programa, su tutor legal debe completar y devolver este formulario de consentimiento, excepto en situaciones en las que las leyes federales o estatales permitan que los jóvenes accedan a dicho tratamiento sin el consentimiento de los padres/tutores.

Al firmar a continuación, declaro y reconozco que tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico para el paciente/estudiante mencionado anteriormente. Entiendo que si no soy el padre biológico del menor, debo adjuntar una copia de la prueba de tutela legal a este formulario de consentimiento. Si el tutor legal del estudiante/paciente cambia, entiendo que un nuevo formulario de consentimiento debe ser firmado por el nuevo tutor.

Entiendo que tengo el derecho de tomar decisiones informadas sobre el tratamiento de atención médica del paciente/estudiante. Entiendo que el tratamiento médico puede tener ciertos riesgos y beneficios que me serán explicados por el médico.

Entiendo que este consentimiento será válido durante toda la inscripción del estudiante en el PLSD a menos que se revoque. Entiendo que tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento, y entiendo que puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento haciendo una solicitud por escrito al PLSD para que el paciente/estudiante sea retirado de los servicios.

Estoy de acuerdo en informar a PAI sobre los cambios en la cobertura de seguro y notificar al gerente de la oficina escolar con todas las actualizaciones o cambios en las condiciones de salud, los registros de vacunación o los medicamentos de mi hijo/a.

Se proporcionará un resumen de la visita cada vez que el menor sea visto en la clínica, sin embargo, entiendo que el consentimiento del menor puede ser legalmente requerido para la divulgación de información relacionada con ciertos diagnósticos y tratamientos, como el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el alcohol y las drogas o el asesoramiento de salud mental.

Elija una de las siguientes opciones:

Doy mi consentimiento para permitir que los proveedores de atención médica de PAI que brindan servicios en Tussing Elementary realicen todos los servicios/tratamientos de atención médica, incluidos, entre otros, medición de signos vitales, medicamentos, vacunas y otras pruebas o tratamientos que, según lo determine el médico, puedan ser necesarios para diagnosticar, tratar y/o atender las necesidades del paciente/estudiante mencionado anteriormente. Los servicios pueden incluir, entre otros, la lista a continuación.

-0-

Doy mi consentimiento para permitir que los proveedores de atención médica de PAI que brindan servicios en Tussing Elementary realicen Solo los siguientes servicios/tratamiento para el paciente/estudiante mencionado anteriormente:

Cuidado y tratamiento para cualquier lesión/enfermedad Física Exámenes

Todas las vacunas recomendadas pero no requeridas por el Departamento de Salud de Ohio

Inmunización contra el VPH

Inmunización contra la influenza (gripe) Inmunización antineumocócica

Inmunización contra la hepatitis A

Vacunas apropiadas para la edad para la asistencia escolar (DTaP, Tdap, Polio, MMR, Varicela, HepB Meningocócica, según el calendario de vacunación de la Academia Estadounidense de Pediatría)

Consejería de salud mental/conductual

Pruebas de embarazo

Anticoncepción Pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS/ETS)

¿El paciente toma algún medicamento todos los días? Por favor, especifique:

¿El paciente tiene alguna alergia? Por favor, especifique:

¿El paciente tiene alguna condición de salud crónica? Por favor, especifique:

**Aviso de Prácticas de Privacidad Reconocimiento** He sido notificado de que el Aviso de Prácticas de Privacidad de PAI está disponible para mí en Tussing Elementary si lo solicito. También puedo verlos en línea en www.kidzdoc.com.

**Autorización para divulgar información** Por la presente, autorizo a PAI y al Distrito Escolar Local de Pickerington (PLSD) a compartir/divulgar/intercambiar información sobre la condición física o mental mía o de mi hijo/a, incluyendo, entre otras, información sobre los servicios que se me brindan a mí/mi hijo/a en la escuela con fines de tratamiento, coordinación de atención o fines educativos. PAI puede solicitar acceso a los registros académicos, de asistencia y de comportamiento de mi hijo/a para el año escolar actual, anterior y futuro para que puedan brindar mejores servicios a mi hijo/a y comprender el impacto de su programa. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial de acuerdo con todas las leyes estatales y federales. También autorizo a PAI a compartir/divulgar/intercambiar toda esa información con mis médicos, mis médicos de referencia o proveedores de atención médica de referencia, o con cualquier compañía de seguros u organización que ayude a pagar mi factura. PAI también puede dar información a cualquier organización de asistencia social, a la que haya solicitado o pueda solicitar ayuda. Las vacunas administradas se ingresarán en el sistema estatal de información de inmunización, *Ohio ImpactSIS*. Entiendo que PLSD está cubierto por las regulaciones federales que rigen la privacidad de los registros educativos y que cualquier información de salud personal divulgada bajo esta autorización puede estar protegida por esas regulaciones. La doble divulgación de información sobre el abuso de alcohol y drogas está protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR Parte 2) sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según se permita. Las Reglas Federales también restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con abuso de alcohol o drogas (52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987). Mis registros o los de mi hijo/a están protegidos y solo pueden acceder a ellos usuarios autorizados con acceso restringido. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante toda la inscripción de mi hijo/a en PLSD a menos que yo revoque esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando una notificación por escrito de mi intención de revocar a PLSD o PAI. Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario de autorización. La información de salud utilizada o divulgada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o entidad que recibe dicha información. En ese momento, ya no está protegido por las regulaciones federales de privacidad. Ni PAI ni PLSD son responsables del uso de la información, en su totalidad o en parte, por parte de terceros. He recibido una copia de este formulario y entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar cualquier información de salud divulgada (se pueden aplicar tarifas de copia razonables a cualquier servicio de copia). Esta autorización incluye el uso o divulgación de información relacionada con las pruebas de VIH o el tratamiento del SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, cualquier abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo o condiciones psiquiátricas/psicológicas a la entidad mencionada anteriormente.

**Gestión de beneficios del seguro: Cedo a PAI todos los derechos y reclamaciones de reembolso bajo cualquier póliza de seguro de salud privada, Medicaid o cualquier otro programa para el cual identifique cuyos beneficios pueden estar disponibles para pagar por los servicios brindados a través de los Servicios de Salud Suplementarios Escolares. Entiendo que si no tengo cobertura de seguro, cobertura fuera de la red o cobertura de seguro inactivo, puedo recibir una factura de PAI.**

X

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

X

Firma del Padre/Tutor Legal

(si el estudiante tiene menos de 18 años)

X

Fecha/Hora

X

Teléfono

Relación con el estudiante

Fecha de nacimiento del padre/tutor legal

X

X

Nombre impreso del estudiante (paciente) Firma del estudiante (paciente)

(si tiene 18 años o más)

Fecha/Hora

Pediatric Associates Inc. facturará al seguro y usted recibirá un estado de cuenta por cualquier servicio no pagado. Responda a la siguiente información sobre su cobertura de seguro.

No tenemos seguro. Planeamos pagar nosotros. \_\_\_\_\_ -O-

Esta persona es el asegurador de nuestro estudiante. \_\_\_\_\_

El número de teléfono de esta persona es: \_\_\_\_\_

La persona que es el asegurador tiene esta fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Esta persona es empleada por: \_\_\_\_\_ -O- no empleada \_\_\_\_\_.

El nombre de nuestra compañía de seguros es: \_\_\_\_\_

El número de grupo de nuestra póliza es: \_\_\_\_\_

El número de póliza del estudiante es: \_\_\_\_\_

La dirección de las reclamaciones es :

El número de teléfono para servicio de atención al cliente es: \_\_\_\_\_