



CENTRO DE SALUD ESCOLAR

En Greater Lawrence Technical School

En Lawrence High School

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Record Médico: _____

Formulario del Consentimiento del Paciente

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVA

- ❖ Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones leves o agudas.
- ❖ Evaluaciones y exámenes generales de salud
- ❖ Inmunizaciones de rutina.
- ❖ Pruebas de laboratorio y de detección de enfermedades leves y agudas.
- ❖ Cuidado de la salud si no está bajo el cuidado de un médico.
- ❖ Salud y educación de la sexualidad humana y el asesoramiento.
- ❖ Educación sobre nutrición y asesoramiento.
- ❖ Asesoramiento de salud conductual
- ❖ Información y referidos a otras agencias de salud y de servicios sociales en la comunidad, según sea necesario.

Favor de leer y completar el formulario de consentimiento a continuación para que su hijo(a) pueda recibir servicios en la escuela.

Doy mi consentimiento para que mi hijo (a) reciba la atención médica e conductual en el Centro de Salud Escolar del *Greater Lawrence Family Health Center*. Doy permiso al personal de la escuela para referir a mi hijo (a) al Centro para recibir atención médica. Autorizo a un médico o profesional de la salud designado para proporcionar el tratamiento necesario para mi hijo (a) y para compartir información con otros proveedores de salud, según sea apropiado. Yo doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud Escolar de *Greater Lawrence Family Health Center* tenga acceso a los registros de salud estudiantil de mi hijo (a) y su horario escolar según sea necesario. Yo doy mi permiso para que le realicen las pruebas médicas, procedimientos y tratamientos necesarios para la evaluación médica y manejo de la atención médica de mi hijo (a). He informado a continuación todas las alergias conocidas, enfermedades crónicas, medicamentos previos o drogas que han provocado reacciones adversas, y los medicamentos actuales con respecto a mi hijo (a).

Entiendo que la ley de Massachusetts, c. 112, s. 12F permite que el estudiante reciba tratamiento en caso de emergencia y les concede a los menores el derecho de dar su consentimiento por su cuenta para el diagnóstico y el tratamiento confidencial si han estado expuestos a ciertas enfermedades, como las enfermedades de transmisión sexual; si están embarazadas; o si viven aparte y se mantienen por su cuenta. Los menores de edad también pueden ser capaces de dar su consentimiento para el tratamiento de abuso de sustancias y problemas de salud mental. También entiendo que el Centro puede tener políticas que fomenten la participación de un menor de edad en las decisiones sobre el tratamiento y el intercambio de información. Entiendo que es posible que a mi hijo (a) se le ofrezca una cuenta de portal del paciente privada para comunicarse con los médicos del *Greater Lawrence Family Health Center*.

Este consentimiento permanecerá vigente mientras que mi hijo(a) sea estudiante en la escuela arriba seleccionada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento al enviar notificación por escrito al Centro de Salud Escolar del *Greater Lawrence Family Health Center*.

NOMBRE DEL NIÑO (A): _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ALERGIAS (Sí hay alguna): _____

(CONTINÚA AL DORSO)

ENFERMEDADES (Pasadas y Presentes)

Fecha de la misma

MEDICAMENTOS EN EL PRESENTE (Sí está tomando alguno): _____

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS O DROGAS

REACCIÓN NOTADA

MÉDICO REGULAR /OTRO PROVEEDOR DE LA SALUD: _____

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN

NUM. DE TELÉFONO

Los padres/tutores serán notificados de las condiciones que requieren una evaluación o tratamiento extenso. Las pruebas de laboratorio, radiografías, otras pruebas diagnósticas y visitas de médicos consultantes son la responsabilidad del padre/tutor o su asegurador. Se le concede a GLFHC la autoridad para reclamar y cobrar los pagos de seguro médico a mí nombre. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria a las compañías de seguros para la verificación de los servicios prestados.

1. ___ SEGURO DE SALUD PRIVADO

NOMBRE DEL SEGURO: _____ NÚMERO DE POLIZA: _____

DUEÑO DEL SEGURO: _____

2. ___ MASSHEALTH

NUMERO DE TARJETA DEL NIÑO: _____

3. ___ NO TENGO SEGURO DE SALUD

He leído y completado este consentimiento para mí hijo (a) y me han ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de GLFHC como lo requiere la ley HIPAA. Entiendo que cualquier pregunta que yo pueda tener concerniente a este servicio se puede contestar llamando al (978) 686-8521.

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIÁN (letra de molde): _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE/ GUARDIÁN: ___/___/___

TELEFONO DE DIA DEL PADRE/ GUARDIÁN: _____

SEGURO SOCIAL DEL PADRE/ GUARDIÁN: _____

FIRMA DEL PADRE/ GUARDIÁN: _____

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE _____

DIRECCIÓN /CALLE: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA: _____