Loyola University Chicago Marcella Niehoff School of Nursing
Centro de Salud Escolar (SBHC) en Proviso East High School TEL:708-668-9067 **correo electrónico: LoyolaSBHC@pths209.org**

Registración y Consentimiento

Información del Estudiante

Nombre: _____ PEHS ID#_____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Sexo: _____ Hombre _____ Mujer _____Otro

Dirección:_____

Apt#_____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Celular del Estudiante: ( )_____ direccion de correo electrónico: _____

Raza/etnia: (marque todas las que correspondan): ☐ Afroamericano/Negro ☐ Indigena americano/Nativo de Alaska

☐ Asiático ☐ Cubano ☐ Hawaiano/de las islas del pacífico ☐ Mexicano/mexicano americano/chicano

☐ Puertorriqueño ☐ Otra Hispano/latino(a) ☐ Caucásico ☐ elijo no revelar ☐ no lo sé ☐ Otra:

Información del Padre/Tutor Legal:

Nombre del Padre/Tutor: _____ Relación: _____
(Madre, Padre, Tutor Legal)

Teléfono de casa: ( ) _____ Tel. de trabajo: ( ) _____
Tel. de celular: ( ) _____

Contacto de Emergencia:

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____
(Padre/Tutor Legal/Pariente)

Teléfono ( ) _____ Tel. de celular: ( ) _____

Doctor primario del estudiante: _____ Teléfono : ( ) _____

¿El estudiante tiene alguna alergia? (comida, medicina, otra cosa)

_____

Medicamento(s) que toma el estudiante:

_____

¿El estudiante tiene algún tipo de seguro medico? (Marque todas las que correspondan)

_____ Medicaid _____ AllKids _____ No tiene seguro medico

_____ Seguro privado: _____
(Nombre de la compañía de seguro)

- **Por favor traiga un comprobante de su Medicaid, All Kids, o su tarjeta de seguro privado para nuestro archivo. Necesitamos hacer una copia de la tarjeta de seguro de su hijo ya que es posible que facturemos a Medicaid o a su seguro medico directamente por algunos servicios. A ningún estudiante registrado se le negara servicio medico por su estado de seguro.**

Si no tiene seguro medico para su hijo, el SBHC proveerá información sobre la Ley del Affordable Care Act y programa de All Kids. Información para All Kids puede ser localizada en hfs.illinois.gov/medicalprograms/allkids/about o (866) ALL-KIDS o (866) 255-5437.

Vea el otro lado

Estudiantes inscritos pueden recibir cuidado medico independientemente de su estado de seguro medico o habilidad de pagar.

Consentimiento para servicios de cuidado medico y divulgación de información medica:

Yo, el estudiante/paciente, estoy de acuerdo en lo siguiente:
Yo, el padre/tutor legal/representante legal estoy de acuerdo en lo siguiente en nombre mío y del estudiante/paciente:
1. **Servicios Disponibles.** He leído la información del folleto para el Centro de Salud (el "SBHC"), que es operado por la Escuela de Enfermería Marcella Niehoff de la Universidad de Loyola Chicago y ubicado en la escuela Proviso East High School y por lo tanto he sido informado y comprendo el alcance de los servicios ofrecidos a los estudiantes por el SBHC. He sido informado que el Aviso de Prácticas de Privacidad de SBHC está disponible bajo petición.

2. **Consentimiento de Tratamiento.** Doy mi consentimiento para la educación de la salud, atención médica y servicios de consejería, los procedimientos de diagnóstico, el tratamiento y la administración de medicamentos que se consideren necesarias y apropiadas para el tratamiento de la condición o enfermedad del estudiante/paciente en el SBHC. Doy mi consentimiento para la administración de vacunas al estudiante/paciente según las recomendaciones de inmunización del CDC para los adolescentes incluyendo, pero no limitado a, las vacunas para el tétanos, la difteria y la tos ferina, el meningococo y el virus del papiloma humano. Entiendo, doy consentimiento y acuerdo que (a) tratamientos y servicios serán proporcionados por médicos que sean empleados de Loyola University Medical Center ("LUMC"), así como enfermeros, trabajadores sociales, nutricionistas y personal de apoyo que sean empleados de la Universidad de Loyola Chicago; (b) bajo la supervisión del personal apropiado, estudiantes de enfermería, trabajo social, y dietética, pueden participar en el tratamiento y atención; (c) servicios de laboratorio pueden ser proporcionados por LUMC; y (d) los servicios de registros médicos electrónicos para el SBHC serán proporcionados por LUMC, y la información en la historia medica electrónica del estudiante/paciente en el SBHC también será compartida con los proveedores de salud en el Sistema de Salud de la Universidad de Loyola y sus afiliados. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento y que los servicios para el estudiante/paciente son voluntarios y no obligatorios.

3. **Uso y Divulgación de Información del Paciente.** Entiendo, doy consentimiento y acuerdo que el SBHC y el LUMC pueden recibir, utilizar y revelar información del estudiante/paciente incluyendo sobre su cuidado, medicamentos recetados, y cobertura de salud para propósitos de evaluación, tratamiento, pago, y para propósitos de operaciones del cuidado de la salud, incluyendo pero no limitado a las revelaciones descritas en cada uno de sus Avisos de Prácticas de Privacidad (Notices of Privacy Practices) que son disponibles bajo petición, y tambien a los proveedores médicos, incluyendo de enfermería y de seguros médicos, con el fin de facilitar el cuidado de la salud del estudiante/paciente. Doy mi consentimiento para la liberación y transmisión de registros de inmunización del estudiante/paciente para el almacenamiento electrónico en el Registro de Inmunización del Estado de Illinois/I-Care a menos que indique por escrito que no quiero el historial de inmunizaciones en el registro.

4. **Disposiciones de Confidencialidad Aplicables al Cuidado del Estudiante/Paciente.**
(a) Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante/paciente y los profesionales de SBHC descritos anteriormente se mantendrá por condiciones de salud específicas y procedimientos cuando sea autorizada por leyes de consentimiento para los menores de edad en el estado de Illinois, y en esos casos, información sobre el cuidado del estudiante/paciente no se le dará o será discutida con el padre/tutor a menos que el estudiante/paciente esté de acuerdo. Esto significa que no discutiremos el cuidado del estudiante/paciente con sus padres/tutores, a menos que se nos de el permiso para hacerlo, o que sea requerido por la ley.
(b) A excepción de los padres/tutores, o según lo permitido en la sección del "Uso y Divulgación de Información del Paciente" descrita anteriormente, o en el Aviso de Prácticas de Privacidad, o en la "Asignación de Beneficios" a continuación, información sobre el cuidado del estudiante/paciente no se le dará a nadie fuera del SBHC y el LUMC y sus afiliados, a menos que el permiso para hacerlo sea otorgado, o cuando sea requerido por la ley. Esto significa que no discutiremos al estudiante/paciente con sus maestros, la policía, o cualquier otra persona a menos que se nos otorgue permiso para hacerlo, o que lo exija la ley.

(c) Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones adicionales por las cuales es posible que tengamos que hablar con algún adulto en específico con el fin de proteger al estudiante/paciente. PUEDE QUE tengamos que decirle a alguien si:

1) Sufrió de una lesión o accidente que ocurrió en la propiedad escolar;
2) Nos dice que es víctima de abuso físico o sexual;
3) Se ha hecho daño o podría hacerse daño a sí mismo o a otra persona; o
4) Sufre de una condición que amenaza la vida.

A excepción de las excepciones mencionadas anteriormente, el personal de SBHC hará todo lo posible por hablar primero con el estudiante/paciente antes de hablar con alguien más.
(d) Al igual que el personal del Centro de Salud SBHC se compromete a proteger mi confidencialidad, yo, el estudiante/paciente, me comprometo a respetar la confidencialidad de todos los demás estudiantes/pacientes que puede que vea en el SBHC. Esto significa que si veo a otro estudiante/paciente en el SBHC y/o escucho información sobre alguien que puede que sea personal, estoy de acuerdo en mantener esa información a mí mismo y no decirle a nadie.

5. SBHC Servicios de Telesalud

¿Qué son los servicios de telesalud / visitas virtuales al centro de salud escolar?
Los Servicios de Telesalud se refieren a sesiones de orientacion o visitas médicas que se realizan por teléfono, mensaje de texto o videoconferencia a través de un teléfono , tableta o computadora. Las visitas de telesalud se pueden ofrecer como una alternativa o suplemento a las visitas de atención médica en persona.

Beneficios de las visitas de Telesalud
Se pueden ofrecer servicios de telesalud para mejorar el acceso a las visitas de orientacion y atención primaria cuando no es posible orientar en persona y las visitas médicas, como durante la emergencia de salud pública COVID-19. Las visitas de telesalud también se pueden ofrecer porque aumentan el acceso a la atención de pacientes y / o familias que no pueden acceder a las visitas cara a cara debido a una variedad de circunstancias.

Riesgos de visitas de telesalud
La eficacia de las visitas de telesalud puede ser diferente a la de los servicios en persona, y los resultados de los servicios de telesalud no pueden garantizarse . Usted y su proveedor médico o de salud conductual decidirán qué atención se puede brindar a través de telesalud y qué atención no es apropiada para la telesalud. Las visitas de telesalud pueden no ser la mejor opción o un medio apropiado para proporcionar servicio por una serie de razones que incluyen, entre otras: personas que experimentan una condicion médica de emergencia que requiere evaluación y tratamiento de immediato en persona; pacientes que presentan un mayor riesgo de daño a uno mismo u otros; la necesidad de una evaluación física en persona para diagnosticar o tratar un problema médico; o la necesidad de servicios personales más intensivos. En tales casos, su proveedor de SBHC lo ayudará a establecer referencias para los servicios apropiados.

A. Otros riesgos potenciales de los servicios de telesalud incluyen el riesgo de privacidad disminuida y la posible divulgación de información confidencial. El proveedor de SBHC de Chicago, Loyola University o el proveedor de Trinity Health, Loyola University no harán grabaciones de video, audio o fotos de su visita de telesalud. Sin embargo, tenga en cuenta que el operador de la videoconferencia utilizada para las visitas de telesalud puede escuchar, observar o tener una copia de las comunicaciones entre usted y el proveedor.
B. También es posible que un paciente que participa en una visita de telesalud pueda ser escuchado u observado por personas en el entorno en el que se encuentran durante la visita de telesalud. Es responsabilidad del paciente mantener el nivel de privacidad que desee durante la visita.

Alternativas a las visitas de telesalud
No tiene que aceptar una visita de telesalud. Usted y su proveedor médico o de salud mental pueden decidir alternativas a las visitas de telesalud.

6.**Asignación de Beneficios.** En consideración por, y en caso de que el SBHC sea capaz de facturar por los servicios de atención de salud obtenidos, yo asigno a cualquier seguro medico, plan de salud, Medicaid o beneficios de terceros de un modo pagaderos a mí o en mi nombre, y autorizo el pago directo a la UNIVERSIDAD DE LOYOLA CHICAGO. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a los pagadores aplicables, agencias y sus agentes cualquier información necesaria para tramitar las solicitudes de pago por estos beneficios.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____
Relación al estudiante: _____
(Madre, Padre, Pariente, Tutor Legal, etc.)

Por favor firme

He leído el formulario de consentimiento y otorgo mi consentimiento/autorización al Centro de Salud SBHC y al personal de la Universidad de Loyola Chicago y Loyola University Medical Center a proporcionarme servicios de salud

y consejería. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento/autorización en cualquier momento y que los servicios para mí son voluntarios y no obligatorios.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Por favor, GUARDE y ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO el formulario completado a LoyolaSBHC@pths209.org

Centro de Salud Escolar de Loyola (SBHC) en Proviso East High School
807 South First Ave. Maywood, IL 60153
Tel: 708-668-9067 | correo electrónico: LoyolaSBHC@pths209.org

Declaración de Información de la Vacuna

Hepatitis A

Hepatitis B

Virus de papiloma humano

Influenza

Meningocócica ACWY

Meningocócica B

MMR (sarampión, paperas y rubéola):

Polio

Tdap (tétanos, difteria, tos ferina):

Varicela