



School Based Health Center Program

Ofreciendo: Cuidado Médico,
servicios de Salud Mental y Consejería Health Counseling Services

Grado: _____

Escuela: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Este formulario se trata de servicios y tratamiento que su hijo/a pueda recibir a través del School Based Health Center (SBHC) (Centro de Salud Escolar) operado por Integrated Health Services (IHS). Los servicios de IHS se describen en el folleto "Su Centro de Salud Escolar." Si su hijo/a es menor de 18 años de edad, IHS no puede proveer los servicios de SBHC hasta que usted lea el folleto y firme este formulario de permiso junto con el formulario de HIPAA y devolverlos a SBHC en la escuela de su hijo/a.

Información del Estudiante: (Letra de molde por favor)

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Apellido Nombre Segundo Nombre
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono #: _____ No. de Seguro Social _____
☐ Asiático ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Negro/Afroamericano/Haitiano
☐ Nativo de Hawái/Otro Isla Pacífico ☐ Blanco ☐ Otro: _____
Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano /No Latino

Información del Padre o Tutor Legal:

Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono de trabajo: _____
Relación al estudiante: ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Otro _____
Número de personas que viven en el hogar: _____ Ingreso familiar anual combinado: \$ _____

Información del Seguro Médico del Estudiante: (Por favor seleccione todas las que aplican)

1. **Medicaid/Husky:** No. de Medicaid: _____

Información del portador del seguro médico privado:

Nombre de la compañía de seguro _____ No. de Póliza: _____ No. De Grupo: _____

Nombre del empleado: _____ Nombre del empleador: _____

Fecha de nacimiento del empleado: _____ Relación con el estudiante: _____

3. **Mi hijo/a no tiene cobertura de salud médica:** _____ Por favor, dar la razón: _____

Información de Seguro Dental:

A) Nombre de la compañía de seguro: _____ No. de Póliza: _____

B) ☐ Mi hijo/a no tiene seguro dental

Información de la Fuente Principal de Cuidado Médica:

Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono #: _____

Nombre del Farmacia: _____ Teléfono #: _____

No hay ningún médico de atención primaria, el niño recibe atención médica de:

☐ SBHC (Centro de Salud Escolar) ☐ Hospital/clínica ☐ Clínica Militar ☐ Sala de Emergencias
☐ Centro Comunitario de Salud ☐ Centro de Cuidado Urgente ☐ Ninguna Fuente Regular ☐ Médico Privado

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Historial Médico del Estudiante:

Medicamentos: *(Por favor anote todos los medicamentos que está tomando incluyendo medicamentos sin receta)*

Alergias a Medicamento: _____ Otras Alergias: _____

Edad del primer periodo menstrual: _____ Accidentes: _____

Hospitalizaciones: _____ Cirugías: _____

Lesiones: _____ Otras Enfermedades - Por favor, especifique: _____

Sobredosis/Intoxicaciones: _____

Por favor marque (✓) cualquier problema que el ESTUDIANTE tiene o haya tenido:

SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
____/____ Adición a las drogas/Alcohol	____/____ Problemas emocionales	____/____ Hipertensión	____/____ Fiebre reumática
____/____ Alergias	____/____ Problemas de la visión/gafas	____/____ Dolor en las articulaciones	____/____ Problemas de piel
____/____ Anemia/Enfermedad de la sangre	____/____ Diabetes	____/____ Problemas de la vejiga/riñón	____/____ Enfermedades venéreas
____/____ Asma	____/____ Mareos/Desmayos	____/____ Problemas menstruales	____/____ Glándulas inflamadas
____/____ Dolor de espalda	____/____ Frecuentes dolores de cabeza	____/____ Migrañas	____/____ Infecciones urinarias
____/____ Huesos rotos	____/____ Frecuentes dolores de garganta	____/____ Mononucleosis	____/____ Infecciones vaginales
____/____ Varicela	____/____ Frecuentes dolores de estómago	____/____ Enfermedad Pélvica	____/____ Problemas de peso
____/____ Problemas del oído/audición	____/____ Soplo cardiaco	____/____ Embarazo	Otro: _____

Historial Familiar:

¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, marque (✓) y ponga su relación con el estudiante.

Si	Relación	Si	Relación	Si	Relación
____ Artritis	_____	____ Cardiopatía	_____	____ Enfermedad respiratoria	_____
____ Asma	_____	____ Hipertensión	_____	____ Trastorno convulsivo	_____
____ Trastorno de la sangre	_____	____ Enfermedad renal	_____	____ Apoplejía	_____
____ Cáncer	_____	____ Enfermedad mental	_____	____ Abuso de sustancias	_____
____ Diabetes	_____	____ Migraña	_____	____ Tuberculosis	_____
____ Problemas femeninos	_____	____ Enfermedad tiroidea	_____	____ Otro	_____

He leído el folleto "Su Centro de Salud Escolar," el cual enumera los servicios prestados en el programa de School Based Health Center (SBHC) de Integrated Health Services para los niños dentro de las escuelas designada. Doy permiso a mi hijo/a para recibir cualquier servicio ofrecido por IHS en el programa de SBHC. Los servicios proveídos serán hecho en persona o por manera de telesalud que incluye llamadas telefónica o video llamadas. Yo entiendo que esta forma servirá como permiso durante su transición de la escuela primaria a la superior a menos que envíe una solicitud por escrito para dar por terminado este acuerdo. Entiendo que las visitas de los estudiantes a SBHC son confidenciales y la información se dará a conocer por SBHC sólo en el cumplimiento de la ley. Autorizo a IHS a intercambiar registros de Salud y Educación con el distrito escolar de mi hijo con el propósito de brindar cuidado y tratamiento. Doy permiso a SBHC a divulgar información sobre el tratamiento y/o servicios, incluso aquellos relacionados con la salud mental, el VIH y el SIDA a mis proveedores de seguros con el único propósito de la facturación. Por la presente cedo todos mis derechos de pago a IHS y autorizo a que los pagos de seguros se hagan directamente a Integrated Health Services, Inc. por los servicios proporcionados a mi hijo en el SBHC.

Padre/Tutor Legal (Letra de molde) _____ Teléfono # _____

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____