

2026-2027 Solicitud de Estudiante que Regresa

Si requiere ayuda para rellenar la aplicación, por favor mande un texto al departamento Hispano y le devolveremos la llamada. Telefono 618-570-9377.

Esta solicitud de inscripción es solo para estudiantes que se inscribieron en el programa preescolar en el Centro de infancia temprana Vivian D. Adams o la Dra. Katie Harper-Wright durante el año académico 2026-2027. **Nota: Es posible que se requieran documentos adicionales * para completar el proceso de inscripción de estudiantes que regresan, incluido el certificado de nacimiento, comprobante de residencia, comprobante de ingresos, registros médicos actualizados, etc.**

La información contenida en este formulario se mantendrá CONFIDENCIAL. Conocer la información sobre su hijo/familia ayudará a nuestro personal a determinar la elegibilidad y las prioridades para la ubicación del programa. **Marque la casilla a continuación para confirmar que reconoce esta declaración:**

☐ Sí, reconozco esta declaración.

(Por Favor Ultimar Mayuscolas)

Fecha: ____/____/____

Nombre completo del niño (como se indica en el certificado de nacimiento): _____

Nombre de la persona que completa esta solicitud: _____

Relación con la niña/o:

Mamá: ____ Padre: ____ Abuela/o: ____ Guardiana: ____

Madre Adoptiva/o: ____ Administradora/o de casos: ____ Otra/o: _____

¿Cuál es su información de contacto actual?

Nueva Direccion: _____ Ciudad: _____ Expresar: _____ Código: _____

Número de teléfono: (____) _____ Número de teléfono: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

COMUNICADO A LOS MEDIOS

Los estudiantes del Distrito Escolar 189 pueden ser incluidos en fotografías, entrevistas grabadas en video o grabadas, y la información recopilada por los medios de comunicación para ser utilizada como parte de las noticias que se publicarán en forma impresa, Internet, transmisión o video por la escuela, los medios de comunicación o la escuela Distrito 189. Las imágenes y / o grabaciones filmadas o de audio no se usarán con fines comerciales y no se venderán a nadie para uso comercial. Si NO le da permiso al Distrito Escolar 189 para que su hijo sea fotografiado o filmado, complete la declaración a continuación.

Como madre / tutor de _____ quien asiste _____,
NO doy permiso al Distrito Escolar 189 para fotografiar o grabar en video a mi hijo.

Nombre impreso de la madre/padre: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

PADRE/TUTOR u OTRO CUIDADOR - 1

Las preguntas de esta sección se relacionan con el cuidador PRIMARIO del niño.

Nombre de la cuidador primario: _____

Relación con la niña/o:

Mamá: _____ Padre: _____ Abuela/o: _____ Guardiana: _____

Madre Adoptiva/o: _____ Administradora/o de Casos: _____ Otra/o: _____

Mayor Nivel de Educación Completado:

Menos de Octavo Grado: _____ Algún Instituto: _____ Diploma de Escuela Secundaria: _____

GED: _____ Alguna Educación Superior: _____ Licenciatura de 2 años: _____

Licenciatura: _____ Diploma de Graduación: _____ Doctorado: _____

¿Dónde vives con la niño?

_____ Residencia principal (su propia casa / apartamento) _____ Con una pariente

_____ En un refugio _____ Otra

Dirección (si es diferente a la dirección del niño):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Expresar: _____ Código: _____

Marque Todo lo que Corresponda:

Empleado de tiempo completo: _____ Empleado a tiempo parcial: _____ Militar en servicio activo: _____

Militar retirado: _____ Estudiante a tiempo completo: _____

Estudiante de medio tiempo: _____ Desempleadas: _____

Si Está Empleado, Ocupación: _____ Nombre del Empleador: _____

Estado Civil: Única/o: _____ Casada/o: _____ Viuda / Viudo: _____

Idioma(s) que se habla en el hogar (marque todos los que correspondan): Inglés: _____ Español: _____ Otra: _____

PADRE/TUTOR u OTRO CUIDADOR - 2

Las preguntas de esta sección se relacionan con el cuidador SECUNDARIO del niño.

Si hay un padre / tutor secundario en el hogar, proporcione el nombre y número de teléfono de esa persona:

Nombre: _____ Telefono: (_____) _____ - _____

Si está empleado, ocupación: _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES (REQUERIDA)

¿Cuál es su ingreso familiar? _____ Mensual: _____ Anualmente: _____

Número total de personas que residen en el hogar (incluido usted mismo): _____

¿Recibe alguno de los siguientes beneficios públicos o fuentes de ingresos (marque todos los que correspondan)?

TANF: _____ WIC: _____ Desempleo: _____ SNAP (cupones de alimentos): _____

Renta Fija: _____ Asistencia de Seguro Médico Privado: _____ Seguro Médico Privado: _____

Manutención de los Hijos: _____ Asistencia para el Cuidado de Niños (CHASI): _____ SSI para Adultos: _____

SSI para Niña/o: _____ Tarjeta Médica: _____ Ninguna de las Anteriores: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN/CONSENTIMIENTO DE PRUEBA

Doy mi consentimiento para la transmisión/almacenamiento electrónico de registros y para que mi hijo participe en un examen dental, del desarrollo, de la vista y del oído administrado por Vivian D. Adams, Dr. Katie Wright, y / o Greater East St. Louis Learning Partnership. Acepto enumerar la información del niño/familia divulgada en la solicitud preliminar, durante las entrevistas familiares, los resultados de la evaluación, el formulario de elegibilidad ponderada, los documentos de respaldo y los datos de la evaluación a los socios de colaboración para ayudar a coordinar y brindar los servicios más apropiados para mi hijo/familia.

Entiendo que el personal de los socios comunitarios enumerados anteriormente puede comunicarse conmigo si se necesita más información. Entiendo que los resultados de las pruebas de detección se discutirán conmigo, incluidas las derivaciones requeridas que puedan ser necesarias para una evaluación adicional como lo requiere la Ley de Personas con Discapacidades. Si se necesitan referencias, doy mi consentimiento para compartir la información de mi hijo/familia con los programas enumerados anteriormente. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Si hay alguien asociado con los socios de colaboración mencionados anteriormente con quien no desea que compartamos información, indique el nombre a continuación:

Firma del Personal (solo para uso de la oficina): _____

Si necesita ayuda mande un texto al programa Hispano (618) 570-9377.

REGISTRO DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN DE RECOGIDA

Nombre del niño: _____ Dirección/Ciudad: _____

Nombre de la Madre: _____ Dirección/Ciudad: _____

Teléfono móvil: (_____) _____ - _____ Teléfono de casa: (_____) _____ - _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono móvil: (_____) _____ - _____ Teléfono de casa: (_____) _____ - _____

Personas a las que contactar en caso de una EMERGENCIA cuando no se puede localizar al padre / tutor del niño:

1. _____
(Nombre) (Dirección/Ciudad) (Relación)

(Teléfono móvil) (Teléfono de Casa) (Teléfono del trabajo)
2. _____
(Nombre) (Dirección/Ciudad) (Relación)

(Teléfono móvil) (Teléfono de Casa) (Teléfono del trabajo)

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER A MI HIJO: Solo las personas que se enumeran a continuación (con una identificación con foto) podrán recoger a su hijo.

1. Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
2. Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
3. Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
4. Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
5. Nombre: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

¿Hay alguien a quien NO SE DEBE recoger o dejar ver a su (s) hijo (s)?

1. Nombre: _____

¿Existe una orden de protección en vigor contra esta persona? No: _____ Sí: _____

En caso afirmativo, proporcione una copia.

2. Nombre: _____

¿Existe una orden de protección en vigor contra esta persona? No: _____ Sí: _____

En caso afirmativo, proporcione una copia.

Firma: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

(Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta)

ACUERDO DE DESARROLLO INFANTIL

Nombre completo del niño (del acta de nacimiento): _____

CONSIENTO (1) Que mi hijo pueda participar en todas las actividades de salud en las que se administran inmunizaciones, exámenes de la vista, dentales, auditivos, físicos, detección de plomo o tratamiento como parte del programa escolar. (2) Que en caso de una emergencia, doy mi permiso al personal del programa para asegurar la atención médica de emergencia necesaria y para que el personal médico del programa administre medicamentos de emergencia si el padre/tutor no puede ser contactado de inmediato. (3) Proporcionar la prueba requerida de nacimiento y los registros de vacunación de mi hijo. (4) Que la información necesaria sobre mi hijo pueda ser divulgada a otras agencias apropiadas y que el expediente médico permanente de mi hijo pueda ser divulgado a las escuelas apropiadas al final de este programa. (5) Que cualquier fotografía que se tome de mi hijo puede usarse para periódicos, exhibiciones, tableros de anuncios u otros tipos para publicaciones educativas. (6) Que mi hijo pueda acompañar a su clase en todas las excursiones programadas, con y / o sin la asistencia de los padres. Cuando corresponda, se pueden necesitar adaptaciones adicionales. Por favor refiérase al maestro. (7) Que mi hijo asistirá al programa todos los días que pueda. Cuando mi hijo esté enfermo o no pueda asistir, llamaré al programa antes de las 9 a.m. (8) Para permitir que el personal realice visitas domiciliarias, según lo requiera el programa, durante el programa / año escolar a mi conveniencia. (9) Que al final del día del programa, o durante el día, mi hijo puede ser entregado a la (s) persona (s) cuyo nombre e identificación con foto están listados en el formulario de Autorización de Registro de Emergencia y Recogida.

Yo cosiento: _____ No doy mi consentimiento: _____ Doy mi consentimiento con excepción de la inmunización: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Padre / tutor voluntario: estoy interesado en ser voluntario:

Si: _____ No: _____

Trataré de asistir a las reuniones de padres, actividades y talleres del consejo de padres del programa:

Si: _____ No: _____

2024-2025 SL-RETURNING STUDENT APPLICATION

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Médico del Niño: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Expresar: _____ Código: _____
(Si el niño NO tiene un médico regular, escriba "Ninguno")

¿Su hijo está tomando medicamentos actualmente? Si la respuesta es "Sí", indique los medicamentos en el espacio provisto.

☐ Si _____

☐ No

¿Su hijo tiene alergias a alimentos, medicamentos u otros irritantes? Si la respuesta es "Sí", explique en el espacio provisto.

☐ Si _____

☐ No

¿Su hijo tiene una dieta restringida? Si la respuesta es "Sí", explique en el espacio provisto.

☐ Si _____

☐ No

Marque el espacio para cualquier Servicio que NO desee que su hijo reciba (marque todos los que correspondan):

Tratamiento de Primeros Auxilios: _____ Cuidado Dental: _____ Físico Escolar/Físico Deportivo: _____

Examen/Tratamiento para Quejas de Enfermedad: _____ Vacunas/Visita de Regulares: _____

Pruebas de Laboratorio Recetadas por un Médico: _____ Servicios de Educación Preventiva para la Salud: _____

Educación y Asesoramiento para la Salud (Nutrición, Estado Físico, Higiene, Autoestima): _____

Referencias Médicas y Sociales: _____

REQUISITO MEDICO

Proporcione una copia actualizada de los registros de vacunas/vacunas de su hijo cada vez que su hijo reciba una visita regular. Cualquier niño que deba recibir medicamentos administrados durante el día escolar (es decir, asma, alergia) y / o recetados debe tener un plan de acción (asma), un plan de alergia (alimentos EpiPen) y una autorización médica firmada en un formulario de autorización de Illinois por el médico, junto con el medicamento en la caja original, regresó a la enfermera de la escuela.

_____ Reconozco la declaración de requisitos médicos anterior.

Autorizo al personal del Distrito Escolar 189, del Centro de Primera Infancia Vivian Adams y de la Escuela Primaria Dr. Katie Harper Wright a tomar cualquier medida médica de emergencia que se considere necesaria para la protección de mi hijo mientras esté bajo su cuidado. Entiendo que esta autorización incluye llamar al médico mencionado anteriormente, implementar sus instrucciones y transportar a mi hijo a un hospital o clínica sin primero obtener mi consentimiento.

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

PFAE ENCUESTA DE INTERÉS FAMILIAR E INDIVIDUAL

Me gustaría obtener más información sobre los siguientes temas:

☐ Salud y Bienestar	☐ Grupos de Discusión/Promoción
☐ Preparación para el Kinder	☐ Artes Creativas/Alfabetización
☐ Preparación para el Empleo	☐ Excursiones y Actividades Solo para Padres
☐ Servicios de Apoyo Familiar	Otro _____

ACUERDO DE ASOCIACIÓN FAMILIAR

A través del Acuerdo de Asociación Familiar, el Equipo de Participación de la Familia y los Padres ayuda a las familias a trabajar hacia una meta que han seleccionado para el año escolar. El objetivo seleccionado puede ser para el padre / tutor, la familia o para el niño inscrito en el programa preescolar. Este año escolar, me gustaría:

☐ Continuar Mi Educación	☐ Reconstruir Historial de Crédito
☐ Iniciar un Nuevo Trabajo	☐ Prepare a Mi Hijo para el Kinder
☐ Empezar Mi Propio Negocio	☐ Ser una Mejor Defensora de Mi Hija
☐ Múdarme a una Nueva Casa / Apartamento	Otro _____

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES FAMILIARES

Los temas de esta sección nos ayudan a determinar si existen inquietudes individuales o familiares que requieran atención inmediata. Sea lo más honesto posible y marque con un círculo el número más exacto.

Leyenda de Puntuación: 1 = Necesita Ayuda 2 = Haciendo progreso 3 = Ventaja

Seguridad (del crimen o abuso): 1 2 3	Capacitación laboral y metas profesionales: 1 2 3
Empleo (información, redacción de currículum, etc.): 1 2 3	Tenga planes para la transición al Kinder: 1 2 3
Usar prácticas de crianza positiva: 1 2 3	Comprender los impactos socioemocionales: 1 2 3
Superar los desafíos de comportamiento de mi hijo: 1 2 3	Construyendo un sistema de apoyo: 1 2 3
Apoyar el aprendizaje de mi hijo en la escuela: 1 2 3	Ser voluntario en la escuela u organización comunitaria: 1 2 3
Comunicarse con el maestro de mi hijo: 1 2 3	Participación en la educación de mi hijo: 1 2 3
Continuando mi educación: 1 2 3	Conciencia de los problemas estatales / federales que afectan a los niños pequeños y sus familias: 1 2 3

Se me explicó el Acuerdo de Asociación Familiar y estoy dispuesto a participar en este acuerdo en este momento. Esta herramienta se utilizará mientras nos asociamos para identificar y trabajar hacia mi objetivo. La información compartida con el personal del Distrito Escolar 189 de East St. Louis se mantendrá confidencial a menos que el padre / tutor que figura a continuación o un representante legal de la familia firme un formulario de divulgación.

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del Personal: _____ **Fecha:** ____/____/____

Encuesta sobre el idioma del hogar

El estado requiere que el distrito recopile una Encuesta sobre el idioma del hogar para cada estudiante Nuevo. Esta información se utiliza para contar a los estudiantes cuyas familias hablan un idioma distinto al inglés en casa. También ayuda a identificar a los estudiantes que necesitan ser evaluados para determinar su dominio del idioma inglés.

Por favor responda las preguntas a continuación y devuelva esta encuesta a la escuela de su hijo.

Nombre del estudiante: _____

1. ¿Se habla otro idioma además del inglés en su hogar?

Sí _____ No _____

¿Qué idioma? _____

2. ¿Su hijo habla otro idioma además del inglés?

Sí _____ No _____

¿Qué idioma? _____

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es sí, la ley exige que la escuela evalúe el dominio del idioma inglés de su hijo.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD/DISTRITO DE SALUD DEL EAST SIDE

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor revíselo con atención.

East Side Health District (ESHD) trabaja con otros profesionales para brindarle servicios. Los practicantes incluyen médicos, contratistas y otros profesionales de la salud que no forman parte de la fuerza laboral de ESHD. Todos estos profesionales seguirán este Aviso conjunto de prácticas de privacidad al brindarle el servicio.

El ESHD y los médicos involucrados en su atención crean un registro médico de su información médica para poder tratarlo, recibir el pago por los servicios prestados y cumplir con ciertas políticas y leyes. Los usos y divulgaciones descritos en este Aviso se aplican al departamento de salud y a todos los profesionales (colectivamente "nosotros") que forman parte de este Aviso conjunto de prácticas de privacidad mientras prestan servicios en una instalación del departamento de salud o en nombre del Departamento de salud. Este Aviso conjunto no se aplica a los proveedores de servicios que no forman parte del departamento de salud cuando brindan servicios en otro lugar o solo en su propio nombre.

La ley federal y estatal nos exige mantener la privacidad de su IMP. También estamos obligados por ley a proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Además, la ley nos exige que le pidamos que firme un Reconocimiento de que recibió este Aviso.

ESTA ES UNA LISTA DE ALGUNOS TIPOS DE USOS Y DIVULGACIONES DE PHI QUE PUEDEN OCURRIR:

Tratamiento: Obtenemos información médica sobre usted al tratarlo. Esta información médica se denomina "información médica protegida" o "IMP". Usamos su IMP para tratarlo. Por ejemplo, nos referimos a la IMP cuando lo tratamos en el departamento de salud. También podemos enviar su IMP a otro médico o consejero al que lo remitimos para su tratamiento. También podemos usar su IMP para comunicarnos con usted para informarle sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud que ofrecemos.

Pago: utilizamos su IMP para obtener el pago de los servicios que prestamos. Por ejemplo, enviamos IMP a Medicaid, Medicare o su plan de seguro para obtener el pago de nuestros servicios.

Operaciones de atención médica: usamos su IMP para nuestras operaciones. Por ejemplo, podemos usar su IMP para determinar si estamos brindando un tratamiento adecuado a nuestros clientes. De vez en cuando, podemos usar su IMP para comunicarnos con usted y recordarle una cita.

Requisitos legales: Podemos usar y divulgar su IMP según lo requiera o autorice la ley. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su IMP por las siguientes razones: Salud pública: podemos usar y divulgar su información de atención médica para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, para informar nacimientos y muertes, para informar reacciones a medicamentos o dispositivos, para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o para informar casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Actividades de supervisión de la salud: podemos usar y divulgar su IMP a agencias estatales y autoridades del gobierno federal cuando sea necesario. Podemos usar y divulgar su información médica para determinar su elegibilidad para programas de beneficios públicos y para coordinar la entrega de esos programas. Por ejemplo, debemos entregar IMP al Secretario de Salud y Servicios Humanos en una investigación sobre nuestro cumplimiento con la regla federal de privacidad.

Procedimientos judiciales y administrativos: podemos usar y divulgar su IMP en procedimientos judiciales y administrativos. Se pueden hacer esfuerzos para contactarlo antes de que la parte que busca la información revele su IMP.

Aplicación de la ley: Podemos usar y divulgar su IMP para cumplir con las solicitudes de conformidad con una orden judicial, orden judicial, citación, citación o proceso similar. Podemos usar y divulgar su IMP para localizar a alguien que está desaparecido, para identificar a una víctima de un crimen, para reportar una muerte, para reportar una actividad criminal en nuestras oficinas o en una emergencia.

Evite una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos usar o divulgar su IMP para evitar que usted u otra persona resulte herida. Vacunas: Podemos divulgar información sobre inmunizaciones a una escuela u otra instalación con su permiso.

Lesiones relacionadas con el trabajo: podemos usar o divulgar su IMP a un empleador si el empleador está realizando vigilancia médica en el lugar de trabajo o para evaluar las lesiones relacionadas con el trabajo.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias: podemos usar o divulgar su IMP a un médico forense o examinador médico en algunas situaciones. Por ejemplo, es posible que se necesite IMP para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. Los directores de funerarias pueden necesitar IMP para llevar a cabo sus funciones.

Fuerzas Armadas: Podemos usar o divulgar la IMP del personal de las Fuerzas Armadas a las fuerzas armadas para la ejecución adecuada de una misión militar. También podemos usar y divulgar IMP al Departamento de Asuntos de Veteranos para determinar la elegibilidad para los beneficios. Seguridad nacional e inteligencia: podemos usar o divulgar PHI para mantener la seguridad del presidente u otros funcionarios protegidos.

Podemos usar o divulgar IMP para la realización de actividades de inteligencia nacional. Instituciones correccionales y situaciones de custodia: Podemos usar o divulgar IMP a instituciones correccionales o custodios policiales para la seguridad de las personas en la institución correccional, aquellos que son responsables de transportar presos y otros.

Investigación: Deberá firmar un formulario de autorización antes de que usemos o divulguemos su IMP con fines de investigación, excepto en situaciones limitadas. Por ejemplo, si desea participar en una investigación o un estudio clínico, debe firmar un formulario de autorización.

Recaudación de fondos: si llevamos a cabo actividades de recaudación de fondos, es posible que nos comuniquemos con usted acerca de la actividad de recaudación de fondos. Puede optar por no recibir información sobre la recaudación de fondos. Se proporcionarán instrucciones para hacerlo si solicita la exclusión voluntaria.

Marketing: normalmente no participamos en actividades de marketing y necesitamos su autorización para hacerlo.

Venta de IMP: No venderemos su IMP sin su autorización.

LEY DE ILLINOIS: La ley de Illinois también tiene ciertos requisitos. que rigen el uso o divulgación de su IMP. Para que podamos divulgar información sobre tratamiento de salud mental, información genética, su estado de SIDA / VIH y tratamiento por abuso de alcohol o drogas, deberá firmar un formulario de autorización a menos que la ley estatal nos permita hacer el tipo específico de uso. o divulgación sin su autorización.

SUS DERECHOS: Tiene ciertos derechos bajo las leyes federales de privacidad relacionadas con su PHI. Algunos de estos derechos se describen a continuación: Restricciones: Tiene derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su PHI para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Aceptaremos su restricción si solicita que no le facturemos a su plan de salud y ha pagado sus servicios en su totalidad por adelantado.

Comunicaciones: tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su IMP. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo llamemos a su casa. Si su solicitud es razonable, la acomodaremos.

Inspeccionar y acceder: tiene derecho a inspeccionar la información utilizada para tomar decisiones sobre su atención. Esta información incluye información sobre facturación y registros médicos. Es posible que no inspeccione su registro en algunos casos. Si se rechaza su solicitud para inspeccionar su registro, le enviaremos una carta informándole por qué y explicando sus opciones. Puede copiar su IMP en la mayoría de situaciones. Si solicita una copia de su IMP, podemos cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviárselas por correo, si nos solicita que las enviemos por correo.

Enmiendas de sus registros: si cree que hay un error en su IMP, tiene derecho a solicitar que enmendemos su IMP. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud de modificación.

Informe de divulgaciones: Tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que hemos realizado de su IMP para fines distintos al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, o divulgación realizada de conformidad con su autorización.

Incumplimiento: Si hay un incumplimiento que afecte su IMP no segura, se lo notificaremos.

Copia del Aviso: Tiene derecho a obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si originalmente recibió el Aviso de forma electrónica. También hemos publicado este Aviso en las oficinas del departamento de salud.

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el departamento de salud llamando a nuestro Oficial de Privacidad al 618-874-4713. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. También puede presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en Washington, DC si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

Mantenemos un directorio de instalaciones para que, si familiares o amigos nos preguntan sobre su afección, podamos brindarles información general y el hecho de que se encuentra aquí. Si no quiere que le digamos a nadie que está aquí, díganos ahora.

Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso actualmente en vigor; sin embargo, podemos cambiar este Aviso. Si cambiamos materialmente este Aviso, puede obtener un Aviso revisado en nuestro sitio web en www.eshd.org o pasando por nuestra oficina para recoger una copia. Los cambios al Aviso se aplican a la información médica que ya tenemos.

FECHA DE VIGENCIA: 23 de septiembre de 2013

Distrito de salud del lado este/650 N. 20th Street, East St. Louis, IL 62205
Teléfono: (618) 874-4713 / Fax: (618) 874-4737

CONSENTIMIENTO PARA INSCRIBIRSE

Por la presente doy mi consentimiento para la inscripción de mí/niño en el Centro de Salud Escolar, y para el tratamiento médico que abarque el tratamiento de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico por parte del personal médico de sus designados según se considere necesario a su juicio. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados del tratamiento o examen. Reconozco haber recibido el Aviso de la Ley de Privacidad con fecha del 23 de septiembre de 2013 y doy mi consentimiento para la divulgación de la información necesaria a los distritos escolares con el fin de documentar el cumplimiento de los requisitos estatales de exámenes físicos y vacunas. Autorizo el pago de beneficios médicos al East Side Health District y la divulgación de la PHI necesaria para procesar este reclamo. Una fotocopia de esta autorización se considera original. Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.

He revisado los servicios de salud integrales enumerados en este formulario y he escrito NO para cualquier servicio que no deseo que mi hijo reciba. Si: _____ No: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

Personal del Centro de Salud: _____ **Fecha:** ____/____/____
(Sólo para uso de oficina)