Comunidad IFMPrograma de Salud de la Facultad de Medicina
Formulario de consentimiento de los padres (grados PK-12)

Ritenour School District

Solo para uso de la oficina

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____
Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Mes dia Año

Número de Seguro Social del estudiante:_____

Sexo:❑Masculino ❑Femenino Grado _____

Etnicidad:❑Hispano❑Negro❑blanco❑indio americano
❑Asiático/Isleño del Pacífico❑Otro _____

Dirección del estudiante:_____
_____
_____ _____ _____
Ciudad Estado Código postal

¿Quién es el médico habitual del estudiante?
Nombre: _____
Teléfono: _____
Direccion: _____
_____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Mamá
Apellido: _____Primer Nombre: _____

Padre
Apellido: _____Primer Nombre: _____

Tutor legal, si corresponde
Apellido: _____Primer Nombre: _____
Relación del tutor legal con el estudiante
❑ Abuelo ❑ tía o tío ❑ Otro: _____

Información de contacto del padre o tutor
Teléfono de casa: _____
Teléfono de trabajo: _____
Celular: _____

Contacto de emergencia adicional
Nombre: _____
Relación con el estudiante: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono de trabajo: _____
Celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Su hijo tiene Straight Medicaid?
❑ No ❑ Sí: Número de identificación de Medicaid
_____

¿Su hijo tiene MoHealthnet?
❑ No ❑Sí: CHP # _____

¿Qué plan?
_____

¿Tiene su hijo otro seguro?
❑ No ❑Sí:

Compañía de seguros: _____

Número de grupo: _____

Número de identificación: _____-

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA

He leído y comprendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del centro de salud en la escuela) y mi firma da mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el IFM Community Medicine.
NOTA: Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para la realización de exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con el comportamiento sexual y la prevención del embarazo para estudiantes mayores de 13 años, y la prestación de servicios donde la salud del estudiante parece estar en peligro. No se requiere el consentimiento de los padres para estudiantes mayores de 18 años o para estudiantes que son padres o están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

X_____ _____
Firma del padre / tutor*(o estudiante si tiene 18 años o más o lo permite la ley)* **Fecha**

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES QUE CUMPLE CON LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por profesionales de la salud con licencia estatal de IFM Community Medicine como parte del programa de salud escolar aprobado por el Distrito Escolar de Ritenour. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas de servicio específicas de acuerdo con la ley, y que se alentará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios del centro de salud escolar pueden incluir, entre otros:

1. Servicios de salud escolares obligatorios, que incluyen: exámenes de la vista (incluidos anteojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras afecciones médicas, primeros auxilios y vacunas requeridas y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo) que incluye los escolares, deportivos, papeles de trabajo y nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio médicamente prescritas, como anemia, células falciformes y diabetes.
4. Atención y tratamiento médico, incluido el diagnóstico de enfermedades y dolencias agudas y crónicas, y la dispensación y prescripción de medicamentos, incluida control de la natalidad.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. Educación en salud y consejería para la prevención de conductas de riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaquismo, así como educación sobre abstinencia y prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH, según corresponda a la edad.
7. Referencias para servicios no provistos en el centro de salud escolar.
8. Vacunas requeridas por el Estado para asistir a la escuela.

Periodo durante el cual se autorizan los servicios de atención médica:
Año escolar 2026-2027

Autorización de HIPAA para usar o compartir información de salud protegida

Según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), es posible que se requiera su firma en ciertas circunstancias antes de que se pueda usar o compartir su información médica.

Esta autorización permite que IFM Community Medicine divulgue cierta información médica como se indica a continuación. Puede negarse a firmar esta Autorización. No se le negará el tratamiento de atención médica si no firma esta Autorización. Puede firmar este formulario y luego cambiar de opinión enviando una carta a IFM. Puede solicitar una copia de este formulario.

IFM Community Medicine puede usar o divulgar mi información médica relacionada con el tratamiento o el pago de los servicios. IFM puede compartir información con las compañías de seguros para el pago y su proveedor de atención primaria (si corresponde) y otros para el tratamiento.

Entiendo que IFM Community Medicine hará un esfuerzo de buena fe para divulgar solo la cantidad mínima de información necesaria para llevar a cabo esto.