CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2027-2028

Inventario de Salud del Estudiante

Name: _____ _____ _____ Fecha:_____

(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario Grado en 2027-2028: _____

Los medicamentos necesarios en la escuela, incluidos los medicamentos para emergencias / alergias, requieren una autorización de medicamentos provista por la escuela y firmada por un médico (Regulaciones Administrativas de CVUSD (5141.21). A continuación, identifique y describa cualquier problema de salud, enfermedades crónicas, lesiones graves o necesidades médicas especiales.

☐ Asma	☐ Dolores de Cabeza Frecuentes	☐ Problema Ortopédico
☐ Alergias (vea abajo)	☐ Discapacidad Auditiva	☐ Discapacidad del Habla
☐ Trastorno convulsivo (epilepsia / convulsiones)	☐ Problema Cardiaco	☐ Discapacidad Visual
☐ Diabetes	☐ Problema del Riñón	☐ Otro

1. Listar cualquier alergia grave o potencialmente mortal a drogas, alimentos, picaduras de insectos: _____

_____

2. Listar medicamentos diarios y/o de emergencia tomados en **casa**:_____

Razón:_____

3. Listar medicamentos diarios y/o de emergencia tomados en la **escuela:**_____

Razón:_____

4. Identifique cualquier otro problema de salud:_____

5. ¿Su hijo ha sufrido alguna vez una conmoción cerebral? _____ Fecha de la conmoción cerebral: _____

Enfermedades transmisibles: indique la fecha si su hijo ha tenido alguno de los siguientes**:**

_____ Varicela _____ Paperas _____ Rubéola / Sarampión Alemán

_____ Sarampión _____ Fiebre Reumática _____ Tuberculosis

Nombre del Médico:_____ Número de Teléfono:_____

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: En caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata, autorizo al Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley a obtener transporte y tratamiento de emergencia en nombre de mi hijo. El abajo firmante autoriza al hospital a proporcionar el tratamiento adecuado. Entiendo que el hospital hará todo lo posible para comunicarse con el padre o tutor antes de cualquier tratamiento, pero no se retendrá el tratamiento si no se puede contactar al padre o tutor. **También entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley no asume ninguna responsabilidad financiera por la atención médica o el transporte en ambulancia**. Estas autorizaciones y permisos serán y permanecerán en plena vigencia y efecto durante el año escolar actual a menos que se revoquen por escrito. También entiendo que debo comunicarme con la escuela inmediatamente si hay algún cambio en la información contenida en esta hoja.

Exámenes de visión y audición

Estos son obligatorios en intervalos y niveles de grado específicos en California. Las escuelas deben realizar exámenes de la vista a todos los estudiantes al ingresar a la escuela y cada tres años a partir de entonces hasta el octavo grado. Por ejemplo, las pruebas de la vista se pueden realizar en kínder o primer grado y en los grados segundo, quinto y octavo, así como al momento de la inscripción y la derivación en cualquier nivel de grado. Los exámenes de audición son obligatorios en kínder/primer grado y en segundo, quinto, octavo, décimo/undécimo grado y al ingresar a la escuela por primera vez (Código de Regulaciones de California, Título 17, Sección 2952 (c)(1)).

Apruebo que mi hijo/a se someta a exámenes médicos periódicos, tal como lo exige el Código de Educación de California, que incluyen pruebas de visión y audición.

Updated 10/2026

Iniciales del Padre/Tutor:

Complete and return to your school office.

CONEJO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

2027-2028

Autorización de Emergencia Médica

Por la presente, doy permiso para que mi hijo/a reciba atención médica de emergencia y exámenes de salud rutinarios y autorizo la divulgación de cualquier información contenida en este documento al personal escolar autorizado, al personal de respuesta a emergencias y/o al Departamento de Salud cuando así lo soliciten. Otorgo mi consentimiento a dichas personas de conformidad con lo dispuesto en la Sección 6910 del Código de Familia.

Iniciales del Padre/Tutor: _____

Compañía Aseguradora:	
Identificación de Miembro:	
Identificación de Grupo:	
Nombre del Titular de la Tarjeta:	
Apellido del Titular de la Tarjeta:	
Fecha de Nacimiento del Titular:	
Relación del Titular de la Tarjeta:	

Autorización para la Facturación de Servicios de Salud Mental y Bienestar:

Como parte de nuestros continuos esfuerzos por ampliar el acceso a servicios de salud conductual de alta calidad en las escuelas, el Distrito Escolar Unificado de Conejo Valley solicita autorización formal para facturar los servicios de salud mental y bienestar elegibles bajo la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI, por sus siglas en Inglés.)

Para más información por favor visite nuestra página de sitio de CVUSD de Salud Mental:
https://www.conejousd.org/departments-services/student-services/mental-health-and-wellness-services

Lista de Tarifas de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes (CYBHI)

Mediante el programa de tarifas de CYBHI, las escuelas y los proveedores afiliados pueden recibir ingresos por servicios de salud conductual y bienestar, incluyendo exámenes de detección, evaluaciones y apoyo continuo para los estudiantes. Los pagos por los servicios provendrán directamente de las compañías de seguros, sin costo alguno para los padres o tutores. Este programa no afectará la cobertura del seguro (es decir, no habrá copagos, primas más altas ni deducibles). Recibir servicios en la escuela no reducirá ni afectará la capacidad del estudiante o su familia para obtener atención fuera de la escuela.

Solicitud de Información Sobre el Seguro Médico Estudiantil

Las escuelas de California ahora recopilan regularmente información sobre el seguro médico de los estudiantes y sus familias para participar en la Iniciativa CYBHI. Esto permitirá que la escuela continúe brindando apoyo en salud mental y bienestar a los estudiantes y mejore el acceso a atención y servicios esenciales. La información del seguro que se comparta con la escuela de su hijo/a se utilizará para verificar la cobertura y la elegibilidad. Toda la información de salud se almacenará de forma segura y se compartirá únicamente de conformidad con las leyes federales y estatales.

Consentimiento para el Tratamiento

El Distrito ofrece servicios gratuitos de salud mental y conductual en la escuela a través de la Iniciativa de Salud Conductual para Niños y Jóvenes de California (CYBHI). Estos incluyen consejería individual o grupal, desarrollo de habilidades, grupos

socioemocionales, apoyo para el manejo de la ira o el duelo, seguimientos, evaluaciones, coordinación de la atención, derivaciones a recursos comunitarios y telesalud (video/teléfono) cuando sea apropiado. Todos estos servicios son proporcionados por personal escolar (como consejeros, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros) y socios comunitarios, con algunos servicios a cargo de practicantes supervisados. No hay costos ni copagos para las familias, aunque se puede facturar al seguro médico (Medi-Cal o planes privados) si corresponde. Rechazar o retirar el consentimiento no afectará la educación pública gratuita de su hijo, sus derechos de educación especial ni su acceso a la escuela. La participación es voluntaria: usted (o su hijo mayor de 12 años para ciertos servicios como consejería de salud mental o sobre el uso de sustancias) puede revocar el consentimiento por escrito en cualquier momento. El formulario es válido por un año, a menos que se revoque antes. La privacidad está protegida por las leyes FERPA, HIPAA y las leyes de California. Compartimos únicamente la información mínima necesaria para el tratamiento, la coordinación de la atención, el apoyo escolar básico (como recordatorios de citas o justificantes de ausencia según la necesidad de saber), la evaluación del programa o los informes requeridos (por ejemplo, riesgos de seguridad o sospecha de abuso). Las notas detalladas de terapia o ciertos registros de consumo de sustancias requieren autorización adicional. Usted tiene derecho a consultar/corregir los registros, solicitar comunicación confidencial, limitar el intercambio de información cuando sea posible y comunicarse con la escuela de su hijo/a si tiene preguntas o inquietudes.

Consentimiento para el tratamiento:	
Consentimiento para el tratamiento completado por:	
Consentimiento para el tratamiento firmado por:	
Consentimiento para el tratamiento Fecha de finalización:	

Privacidad y Seguridad de los Datos

El distrito escolar compartirá los expedientes médicos de los estudiantes con la base de datos estatal de reclamaciones mediante un sistema seguro, encriptado y que cumple con todos los requisitos reglamentarios. Toda la información obtenida está protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

La FERPA es una ley federal que protege la privacidad de los expedientes académicos de los estudiantes.

La Regla de Privacidad de la HIPAA protege la información médica confidencial de los pacientes, impidiendo su divulgación sin su consentimiento o conocimiento.

Consentimiento para Facturar

Autorizo al Líder del Consorcio/SD a facturar a Medi-Cal, seguro comercial o privado por los servicios de salud socio emocional, mental y/o conductual que se me presten a mí o a mi hijo/dependiente. Las familias no tendrán que pagar de su bolsillo por los servicios prestados en la escuela bajo CYBHI. Rechazar o retirar el consentimiento no afectará su acceso ni el de su hijo a estos servicios. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se revoque por escrito con anterioridad.

El Documento de Consentimiento de Facturación se puede encontrar en https://www.conejousd.org

Consentimiento para facturar:	
Consentimiento para la factura completado por:	
Consentimiento al proyecto de ley firmado por:	
Consentimiento para facturar Fecha de finalización:	

Complete and return to your school office.