

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD SUPLEMENTARIOS ESCOLARES



El Distrito Escolar de la Ciudad de Cleveland Heights-University Heights se asocia con The MetroHealth System ("MetroHealth") para ofrecer Servicios de Salud Suplementarios Escolares. Se requiere completar este formulario de consentimiento para tratamiento (el "Formulario de consentimiento") para que su hijo reciba servicios de salud suplementarios. Se proporcionarán servicios de emergencia y de enfermería escolares independientemente de si decide participar en estos servicios adicionales.

Información del estudiante / paciente	
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____	
Fecha de nacimiento:	Sexo (marque con una X): <input type="checkbox"/> Femenino o <input type="checkbox"/> Masculino
Número de Seguro Social:	
Dirección:	Ciudad:
Estado: _____ Código postal: _____	Número de teléfono:
Nombre de la escuela:	
Idioma preferido:	¿Se identifica como hispano (marque con una X)? <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Raza (marque con una X):	
<input type="checkbox"/> Indígena Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Americano / Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Caucásico
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Afroamericano
<input type="checkbox"/> Me niego a responder	
Nombre del médico primario / de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés):	
Lugar donde visita a su médico de cabecera (marque con una X):	
<input type="checkbox"/> Care Alliance	<input type="checkbox"/> Cleveland Clinic
<input type="checkbox"/> NEON	<input type="checkbox"/> MetroHealth
<input type="checkbox"/> UH / Rainbow Babies and Children	<input type="checkbox"/> Neighborhood Family Practice
<input type="checkbox"/> Otro:	
Información del tutor legal	
Apellido del tutor: _____ Nombre del tutor: _____	
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Número de teléfono del hogar:	Número de celular:
Empleador / compañía de trabajo:	Número de teléfono del empleador / compañía de trabajo:
Información del seguro médico del estudiante / paciente	
¿Tiene seguro médico el niño / adolescente? (marque con una X): <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía de seguro médico:	Nombre del suscriptor:
Número de grupo:	Identificación (ID) del suscriptor:
Información del contacto de emergencia	
Nombre:	Relación:
Número de teléfono:	¿Podemos dejar un mensaje? (marque con una X) <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No

Historial médico del estudiante (para ser completado por el padre / tutor legal)

Historial médico del paciente / estudiante (marque con una X todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer / leucemia	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro	<input type="checkbox"/> Célula falciforme	<input type="checkbox"/> Trastornos de la columna	<input type="checkbox"/> Problemas urinarios / de la vejiga
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> Audífonos	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Neumonía / pulmonía	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal / hepática
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales / estreñimiento	<input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB
<input type="checkbox"/> Otro (Por favor explique):			

Medicamentos actuales del paciente / estudiante (vitaminas, inhaladores, recetas médicas, otros)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad tomada	Número de veces al día

Nombre de la farmacia preferida:

Dirección:	Número de teléfono:
------------	---------------------

Alergias del paciente / estudiante

<input type="checkbox"/> SÍ – Hacer una lista a continuación:	<input type="checkbox"/> SIN ALERGIAS CONOCIDAS
Alimentos:	
Medicamentos:	
Insectos:	
Alergias estacionales:	
Animales:	

Historial de vacunas

¿Ha tenido su hijo alguna reacción a alguna vacuna? (marque con una X) Sí o No

En caso afirmativo, explique el tipo de reacción:

¿Qué vacuna / inyección causó la reacción?:

Historial de hospitalizaciones / cirugías del paciente

Hospitalizaciones previas: <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Explique:
Cirugías previas: <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	Explique:
Visitas a la sala de emergencias este último año: <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces?:

Historial familiar (marque con una X todo lo que corresponda) indicando quién lo padece (madre, padre, abuelo/a, hermano/a)

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Alta presión arterial
<input type="checkbox"/> Síndrome de muerte infantil (SIDS, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alcoholismo / drogadicción
<input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Célula falciforme	<input type="checkbox"/> Tuberculosis / TB
<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Otro (por favor indique)

Formulario de consentimiento para Servicios de Salud Suplementarios Escolares

El propósito de este Formulario de consentimiento es permitir que los padres / tutores / menores de edad emancipados / estudiantes mayores de 18 años puedan:

- (1) dar su consentimiento informado para que el estudiante / paciente participe y reciba tratamiento de un médico o proveedor de salud de MetroHealth a través de su Programa de Salud Escolar, con o sin la presencia de un padre / tutor;
- (2) reconocer que la atención se puede brindar en persona o virtualmente por telesalud. La principal diferencia entre la telesalud y la atención presencial es la incapacidad del proveedor de tener contacto físico y directo con el paciente. Además, la calidad de la transmisión de telesalud podría afectar la calidad de los servicios de salud. El paciente puede dejar de usar los servicios de telesalud en cualquier momento sin poner en peligro el acceso a la atención, los servicios o los beneficios futuros.
- (3) reconocer la responsabilidad del pago por cargos y tarifas no cubiertos por el seguro médico;
- (4) dar permiso a que la información médica protegida ("PHI", por sus siglas en inglés) del estudiante / paciente sea divulgada de MetroHealth al personal de Urban Community School involucrado en el funcionamiento y la administración de su programa de salud, incluidos, entre otros, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, psicólogos, trabajadores sociales, coordinadores de salud y personal administrativo (colectivamente, "Personal de Salud de UCS") para fines de tratamiento y coordinación de atención; y
- (5) dar permiso a que el personal de Urban Community School divulgue a MetroHealth la información médica de su hijo y otra información personal relevante para facilitar la evaluación de las necesidades de salud de su hijo, coordinar la atención de su hijo, proporcionar tratamiento o referencias y / o evaluar el Programa de Salud Escolar y los servicios provistos.

Consentimiento para servicios / tratamiento de salud

Al firmar a continuación, el Padre / Tutor da su consentimiento para que su hijo reciba los Servicios de Salud Suplementarios Escolares necesarios y / o recomendables que se enumeran a continuación en esta sección del Formulario de consentimiento (el "Servicio") por parte de un médico o proveedor de salud de MetroHealth a través del Programa de Salud Escolar de MetroHealth. El Padre / Tutor entiende que él / ella tiene la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los Servicios comunicándose con MetroHealth al (216) 957-1303 y que MetroHealth recomienda que el Padre / Tutor lo haga antes de firmar este Formulario de consentimiento si él / ella tiene alguna pregunta sobre los Servicios. El Padre / Tutor comprende además que el examen y el tratamiento pueden ser en persona o por telesalud. El Padre / Tutor reconoce y entiende que, al firmar este Formulario de consentimiento, él o ella está dando su consentimiento para los Servicios y / o las vacunas directamente a continuación. **Si hay servicios o vacunas en particular que no quiere que su hijo reciba, marque esos servicios con un círculo.**

(Coloque una X junto a cualquier servicio o vacuna que usted NO quiere que su hijo reciba.)

- Exámenes físicos (niño-sano, deportes, trabajo)
- Atención y tratamiento por lesiones / enfermedades
- Pruebas de laboratorio de rutina
- Medicamentos recetados
- Atención para problemas de salud comunes en niños / adolescentes (peso, acné, problemas menstruales)
- Atención de ciertas afecciones crónicas (como asma, trastornos convulsivos o diabetes)
- Evaluación, prueba de detección e intervención de salud mental / conductual (se requiere el consentimiento de los padres / tutores para niños menores de 14 años)
- Examen de la vista y audición y servicios de seguimiento, si es necesario
- Exámenes y servicios dentales (examen, selladores, fluoruro), si es necesario
- Programas de educación de salud y prevención
- Servicios de medicina deportiva

Vacunas (Inyecciones)

La enfermera de la escuela y el equipo del Programa de Salud Escolar revisarán el expediente de su hijo para determinar qué vacunas son necesarias.

Vacunas requeridas por la escuela:

- DTaP / Td (difteria, tétanos, tosferina)
- Tdap (vacuna de refuerzo para difteria, tétanos, tosferina)
- Polio Hepatitis B MMR (sarampión, paperas, rubeola)
- Meningocócica A Varicela

Vacunas recomendadas para niños / adolescentes:

- Virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)
- Influenza (gripe) Hepatitis A Meningocócica B

Visite <http://www.immunize.org/vis/> para encontrar la Declaración de información de vacunas para cada inyección, la cual explicará los riesgos y beneficios de todas las vacunas.

Acuerdo de responsabilidad financiera

Algunos Servicios de Salud Suplementarios Escolares se brindan sin costo para las familias, independientemente de que el estudiante tenga seguro médico o la capacidad de pago. Es posible que reciba una factura por algunos servicios si no los cubre el seguro. Si corresponde, MetroHealth facturará a la (s) compañía (s) de seguro de su hijo los cargos y tarifas cubiertos por el plan de seguro de su hijo. El Padre / Tutor se compromete a proporcionar información completa, precisa y oportuna relacionada con cualquier seguro médico disponible para que MetroHealth solicite el pago de manera oportuna. El Padre / Tutor entiende que no proporcionar información completa, precisa y oportuna, incluidos los cambios en la cobertura del seguro, puede impedir que el proveedor cumpla con las reglas administrativas del plan de seguro de su hijo. El Padre / Tutor puede obtener una lista de los cargos usuales y habituales de MetroHealth bajo solicitud.

YO, PADRE / TUTOR, CERTIFICO QUE SOY DE CUERPO Y MENTE SANOS, QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, QUE HE RECIBIDO LA INFORMACIÓN SOBRE LA DECLARACIÓN DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, INCLUIDO EL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA O RECLAMACIÓN, QUE ENTIENDO Y ACEPTO LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, QUE INCLUYE PERO NO SE LIMITA A LAS SECCIONES DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS / TRATAMIENTO DE SALUD Y EL ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA, Y QUE DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE MI HIJO RECIBA LOS SERVICIOS DE SALUD SUPLEMENTARIOS RECOMENDADOS.

Firma del Padre / Tutor legal: _____

Nombre del Padre / Tutor legal en letra de imprenta: _____

Relación con el niño / estudiante: _____ Fecha: _____

(DÉ VUELTA A LA PÁGINA PARA OTRA FIRMA)

*A lo largo de este formulario, el término "Padre / Tutor" significa todos los siguientes grupos: padres / tutores / menores emancipados que firman en su propio nombre / estudiantes mayores de 18 años que firman en su propio nombre.

Autorización para divulgar información médica

Autorizo a MetroHealth a proporcionar la información médica de mi hijo, incluidos los diagnósticos, los registros de tratamiento, las vacunas y los resultados de laboratorio al personal de salud de UCS para el tratamiento, las referencias y / o la coordinación de la atención. Para ayudar a coordinar la atención, también autorizo al personal de Urban Community School a proporcionar a MetroHealth una copia de la información médica u otra información personal relevante dentro de los registros escolares de mi hijo para facilitar la evaluación de las necesidades de salud de mi hijo, coordinar la atención de mi hijo, proporcionar tratamiento o referencia y / o evaluar el Programa de Salud Escolar y sus servicios. También estoy de acuerdo en permitir que MetroHealth tenga acceso a los registros académicos de asistencia y de comportamiento individuales de mi hijo durante los años escolares actuales y anteriores para que pueda brindar mejores servicios a mi hijo. Este permiso vencerá cuando su hijo ya no sea un estudiante inscrito en Urban Community School o cuando se cancele por escrito.

Entiendo que mi consentimiento expreso (o en algunos casos, el consentimiento expreso de mi hijo) puede ser requerido para la divulgación de cierta información de diagnóstico y tratamiento relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, enfermedades de salud mental, tratamientos psiquiátricos y / o tratamientos para el abuso de drogas o alcohol. Si ha dado su consentimiento para que su hijo sea evaluado, tratado o diagnosticado con cualquier lesión, enfermedad o afección de este tipo, MetroHealth está específicamente autorizado a divulgar la información relacionada con dicho diagnóstico, prueba o tratamiento según lo indicado en esta Autorización.

Para los registros relacionados con el tratamiento por alcoholismo y drogadicción, la ley federal prohíbe al destinatario hacer más divulgaciones de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente autorizada por escrito por la persona con quien se relaciona o según lo permita la ley federal.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, que lo hago por mi propia voluntad y que, si me niego a firmar esta autorización para divulgar la información médica de mi hijo, de ninguna manera evitará que mi hijo reciba atención o tratamiento por parte de MetroHealth o del personal de salud apropiado de UCS. Entiendo que puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, antes de la divulgación de la información médica de mi hijo.

Soy consciente de que existe la posibilidad de que la información divulgada en virtud de este consentimiento sea divulgada nuevamente por el destinatario y ya no esté protegida.

Reconocimiento del Aviso de prácticas de privacidad

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad si mi hijo es un paciente nuevo en The MetroHealth System. Se me ha notificado que puedo solicitar una copia de los formularios del Aviso de prácticas de privacidad de The MetroHealth System si mi hijo ha sido un paciente en The MetroHealth System en el pasado. Sé que también puedo verlos en línea:

The MetroHealth System:

<https://www.metrohealth.org/patients-and-visitors>

YO, PADRE / TUTOR, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE MI HIJO COMO SE DESCRIBE EN LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR.

YO, PADRE / TUTOR, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO LA INFORMACIÓN SOBRE CÓMO RECIBIR EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMO SE EXPLICA EN ESTE CONSENTIMIENTO.

ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ VÁLIDO MIENTRAS EL PARTICIPANTE ESTÉ INSCRITO EN URBAN COMMUNITY SCHOOL O HASTA QUE SE CANCELE POR ESCRITO.

Firma del Padre / Tutor legal: _____

Nombre del Padre / Tutor legal en letra de imprenta: _____

Relación con el niño / estudiante: _____

Fecha: _____

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:	Escuela del estudiante:

*A lo largo de este formulario, el término "Padre / Tutor" significa todos los siguientes grupos: padres / tutores / menores emancipados que firman en su propio nombre / estudiantes mayores de 18 años que firman en su propio nombre.