

PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

Complete el siguiente formulario después de revisar detenidamente las políticas y procedimientos que rigen los servicios de salud para estudiantes y, a continuación, firme los consentimientos requeridos que figuran en este documento. Esto es necesario para que usted (si es un estudiante de 18 años de edad o mayor) o su hijo(a) participen en los servicios de salud escolar que se brindan a los estudiantes de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS). Entregue el documento completo en la secretaría de la escuela de su hijo(a).

Información personal del estudiante Completado por el padre/madre/tutor o estudiante mayor de dieciocho (18) años				
Apellido del estudiante:		Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:
Nombre de la escuela o instalación de cuidado infantil:				
Dirección:	Dpto.:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Designación étnica: (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Raza: (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
Información del padre/madre/tutor				
Nombre del padre/madre/tutor 1:		Nombre del padre/madre/tutor 2:		
Teléfono:	Correo electrónico:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Vínculo con el estudiante:		Vínculo con el estudiante:		
Teléfono del padre/madre/tutor:		Teléfono del padre/madre/tutor:		
Nombre del contacto de emergencia, vínculo con el estudiante:		Teléfono del contacto de emergencia:		
Información del seguro				
Tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		Nombre/n.º de identificación del seguro:		
		Plan del seguro:		
Si su hijo(a) no tiene seguro médico, ¿le gustaría que el gestor de casos clínicos se pusiera en contacto con usted para ayudarlo a obtener uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre del proveedor de atención primaria:				
Organización y dirección del proveedor de atención primaria:				
Teléfono del proveedor de atención primaria:				

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Los estudiantes de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia pueden recibir atención de una enfermera escolar, personal del servicio médico escolar (School Health Suite) o personal de la escuela capacitado de acuerdo con las leyes y reglamentos del Distrito de Columbia (Distrito) y las políticas y procedimientos del Programa de Servicios de Salud Escolar (SHSP) del Departamento de Salud del Distrito (DC Health).
- Entiendo que para participar en el SHSP, debo dar mi consentimiento para permitir que el proveedor de atención médica del estudiante envíe electrónicamente a la escuela de mi hijo(a) la información de salud de mi hijo(a), incluida, pero no limitada a la información en el Certificado Universal de Salud. La información relativa a la atención prestada a mi hijo(a) en su escuela puede compartirse con otros organismos del Distrito con el fin de coordinar la atención de mi hijo(a) y para la recopilación de datos de todo el Distrito, por ejemplo, para controlar el asma u otras tendencias de salud en el Distrito.
- La información de salud de mi hijo(a) siempre se almacenará y transferirá de acuerdo con las leyes y normas federales y del Distrito, incluidas, entre otras, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de 1974 (FERPA), la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH) y la Ley 18-273 del Distrito de Columbia (D.C.), la Enmienda a la Ley de intercambio de datos y coordinación de la información de 2010 (Código Oficial del DC, sección 7-241 y subsiguientes).
- Un estudiante mayor de dieciocho (18) años o menor emancipado, según la definición del Código Oficial del DC, sección 7-1231.02 (10), puede completar este formulario por sí mismo y legalmente dar su consentimiento a cualquier servicio de salud escolar.
- De conformidad con el Reglamento de Consentimiento Médico del Menor (sección 600.7 del título 22-B de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia [DCMR]), un menor puede dar su consentimiento legalmente para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de (1) un embarazo o su interrupción legal; (2) el abuso de sustancias, incluido el abuso de drogas y alcohol; (3) una afección de salud mental o emocional o (4) una enfermedad de transmisión sexual. Además, no se requiere el consentimiento de los padres/madres para la realización de un tratamiento de primeros auxilios de emergencia o la prestación de servicios cuando la salud de un estudiante está en peligro.

RECONOCIMIENTOS Y CONSENTIMIENTOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

- Por la presente doy mi consentimiento para que la escuela de mi hijo(a) o el personal del servicio médico escolar realicen una prueba de audición y visión si mi hijo(a) no se ha realizado una en el último año calendario de acuerdo con el Certificado Universal de Salud presentado.
- Por la presente doy mi consentimiento para que la escuela o el personal del servicio médico escolar administren los medicamentos y/o el tratamiento recetados a mi hijo(a) según las indicaciones del proveedor de atención médica autorizado de mi hijo(a), de acuerdo con el Código Oficial del Distrito de Columbia, sección 38-651 y en circunstancias de emergencia, de acuerdo con el Código Oficial del Distrito de Columbia, sección 38-656.

Entiendo que:

- Soy responsable de presentar los formularios de salud escolar, incluidos, entre otros: Plan de tratamiento para medicamentos y procedimientos médicos, Plan de acción contra el asma, Plan de acción contra la anafilaxia, Formulario de adaptaciones dietéticas u otro formulario de salud escolar aceptado firmado por el proveedor de atención médica de mi hijo(a), a la escuela de mi hijo(a) si necesita atención médica o medicación especial. Soy responsable de presentar un formulario de salud escolar actualizado anualmente para mi hijo(a).
- Soy responsable de llevar a la enfermería de la escuela cualquier medicamento o suministro médico necesario que figure en un formulario de salud escolar completo, en su envase original. Todos los medicamentos o suministros médicos se guardarán en una zona segura de la escuela.
- Soy responsable de recolectar todos los medicamentos caducados que se guarden en la escuela en el plazo de una semana a partir de su fecha de caducidad y en el plazo de una semana a partir del final del año escolar. Entiendo que los medicamentos que no se recolectaron serán destruidos. El personal del servicio médico no asume ninguna responsabilidad por la posible pérdida de medicamentos o suministros médicos.
- Soy responsable de notificar inmediatamente a la escuela si se produce algún cambio en la educación y en el Plan de tratamiento para procedimientos médicos, y de entregar todos los formularios de salud escolar actualizados a la escuela. Puede ponerse en contacto con el personal del servicio médico llamando directamente a la sala del servicio médico o llamando al número de teléfono principal de la escuela.
- Entiendo que la escuela y el personal sanitario de la escuela no asumirán ninguna responsabilidad por la automedicación o los tratamientos no autorizados de mi hijo(a). Mi hijo(a) solo podrá autotratarse o autoadministrarse medicamentos para el asma, la anafilaxia o la diabetes si cuenta con la aprobación para automedicarse según las indicaciones de un proveedor médico autorizado y de acuerdo con un formulario de salud escolar completo.

- Por el presente reconozco y acepto que, según lo dispuesto en la sección 38-651.11 del Código Oficial del Distrito de Columbia, el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes (incluido el personal de enfermería de la escuela) o el médico en ejercicio, el asistente médico o la enfermera de práctica avanzada, que haya emitido una orden permanente, estarán exentos de responsabilidad civil por cualquier acto u omisión relacionado con su desempeño de buena fe de las responsabilidades según el Código Oficial del DC, sección 38-651.01 y subsiguientes, excepto en el caso de actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencionada. Comprendo que este formulario se debe completar y enviar antes de que el estudiante pueda recibir los servicios médicos.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

_____ **Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)** _____

Firma del padre/madre/tutor o estudiante en caso de tener 18 años o más _____ **Fecha** _____



CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR LOS REGISTROS EDUCATIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD DEL ESTUDIANTE

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) es una ley federal que protege la privacidad de los registros educativos de los estudiantes. El propósito de este consentimiento es permitir que los miembros clave del personal de la escuela (*como el director, la enfermera de la escuela, los gestores de casos de enfermería, los coordinadores 504 y los miembros del personal de educación especial*) que trabajan con su hijo(a) compartan los registros educativos relacionados con la salud con agencias relacionadas con la salud y proveedores de atención médica, incluidos los centros de salud escolares (*si hay uno en su escuela*). De ser así, estos miembros del personal y proveedores de atención médica podrían coordinar mejor los servicios relacionados con la salud para su hijo(a). Los servicios de salud coordinados

garantizarán mejor que se satisfagan las necesidades de salud de su hijo(a) y que éste(a) pueda participar plenamente en el entorno de aprendizaje de la escuela. Tenga en cuenta que los estudiantes pueden necesitar apoyo adicional prescrito por un profesional de atención médica, o especificado en un Programa de Educación Individualizada (IEP) o en un plan de la Sección 504 (un plan elaborado de conformidad con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 para brindar adaptaciones o servicios adicionales a los estudiantes con deficiencias físicas o mentales). Es posible que algunos de estos servicios no los preste la enfermería escolar ni estén disponibles en el servicio médico escolar. **SI ESTÁ DE ACUERDO CON ESTE CONSENTIMIENTO, COMPLÉTELO, FÍRMELO Y REGRÉSELO AL SECRETARIO DE ADMISIONES DE LA ESCUELA DE SU HIJO(A).**

(Nombre del estudiante/menor)	(Nombre de la escuela)
(Fecha de nacimiento)	
(Grado)	(Identificación de estudiante, si se conoce)

1. Autorizo a las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia a compartir los registros educativos de mi hijo(a) especificados en

la Sección 3 a continuación, con cada una de las siguientes agencias y organizaciones:

- * Departamento de Salud del DC
- * Departamento de Servicios Humanos del DC
- * Departamento de Salud Mental del DC
- * El(los) proveedor(es) de atención médica de su hijo(a)
- * Departamento de Financiación de Servicios de la Salud del DC
- * Otros proveedores de servicios de salud que brindan servicios en la escuela

2. Entiendo que esta información se puede utilizar ÚNICAMENTE para los siguientes propósitos:

- * Planificación y prestación de servicios coordinados educativos y relacionados con la salud y
- * Evaluación de los programas y servicios que se le brindan a mi hijo(a).

3. Autorizo el uso/divulgación de cada uno de los siguientes registros:

- * Registros de enfermeras escolares
- * Calificaciones, observaciones y otra información educativa contenida en los registros de los estudiantes
- * Documentos IFSP/IEP
- * Órdenes de medicamentos actuales (en poder de la enfermera de la escuela)
- * Planes 504
- * Informes médicos oftalmológicos
- * Horario de clases
- * Informes de audiología
- * Registros de asistencia
- * Plan de atención de enfermería (como parte del IEP o del plan 504)
- * Documentos de salud del comportamiento



4. Entiendo que:

- * Esta autorización es voluntaria, y a mi hijo(a) no se le negarán los servicios educativos si decido no firmarla.
 - * Tengo derecho a solicitar una copia de este formulario después de firmarlo y a ver o copiar cualquier información divulgada bajo este consentimiento.
-

5. Doy mi consentimiento para el uso/divulgación de la información anterior. Entiendo que esta información no se puede utilizar para ningún otro propósito que no sea el indicado anteriormente en la Sección 2. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Entiendo que revocar esta autorización no afectará las acciones llevadas a cabo antes de que se recibiera la revocación ni las acciones llevadas a cabo con base en la información previamente compartida.

(Firma del padre/madre/tutor o estudiante mayor de 18 años)

(Vínculo con el estudiante)

(Fecha)



CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR LOS REGISTROS DE ASISTENCIA DE LOS ESTUDIANTES CON LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

El proyecto Collaborative for Attendance Resources in Education and Health (CARE-H) es una asociación entre las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS) y proveedores médicos locales para estudiantes matriculados en DCPS que son pacientes actuales del Children's National Hospital. El proyecto CARE-H tiene por objeto apoyar la salud de los estudiantes y reducir el ausentismo, porque los estudiantes que están sanos están en mejores condiciones para asistir a la escuela y aprender. Para que el proyecto CARE-H funcione, las escuelas de DCPS deben brindar información sobre la asistencia escolar de mi hijo(a) a los proveedores de atención médica primaria de mi hijo(a).

Al firmar este consentimiento, usted da permiso a DCPS para compartir de forma segura la información de asistencia con los médicos, enfermeros y el personal del consultorio del médico de su hijo(a). Esta información ayudará a estos profesionales de la salud a ofrecer un alcance y atención médica especial a los estudiantes y sus familias, cuando sea necesario. También permitirá a DCPS trabajar con estos profesionales de la salud para mantener a mi hijo(a) saludable y que tenga éxito en la escuela. Reconozco y entiendo que tendré la oportunidad de revisar los registros y el derecho a impugnar el contenido de los mismos.

Esta autorización continuará durante la inscripción de mi hijo(a) en DCPS, a menos que retire mi consentimiento por escrito. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. **IMPORTANTE:** Si DCPS desea compartir o analizar otras partes del expediente académico de mi hijo(a) con el equipo médico de mi hijo(a), se me pedirá que entregue un consentimiento por separado.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

_____ **Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)**_____

Firma del padre/madre/tutor o estudiante en caso de tener 18 años o más _____ **Fecha** _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE TELESALUD DE LOS SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

El Programa de Telesalud de los Servicios de Salud Escolar permite que los estudiantes puedan ser atendidos a distancia en su escuela por un proveedor de atención médica. Al firmar a continuación, entiendo, reconozco y acepto que:

- Mi hijo(a) puede participar en citas realizadas por video (videoconferencia) o por teléfono (teleconferencia) con proveedores de atención médica, como proveedores de salud para el comportamiento, que pueden estar en un lugar fuera de la escuela. El proveedor de atención médica puede determinar que es necesaria una visita de seguimiento en persona o que se requieren servicios de atención urgente o de emergencia.
- Además del equipo y el proveedor de atención médica de mi hijo(a), también pueden estar presentes las personas que manejan el equipo de video y que están capacitadas para mantener la confidencialidad de toda la información obtenida. El estudiante tiene derecho a solicitar que: (1) se omitan detalles específicos de su historial médico/examen físico; (2) el personal no médico abandone la sala de examen; o (3) que la consulta finalice en cualquier momento.
- Tengo la opción de rechazar una cita de telesalud para mi hijo(a).
- Autorizo al proveedor o a su personal de atención médica a divulgar toda la información al plan de seguro médico de mi hijo(a) o a cualquier otro agente que pueda ser responsable del pago de las facturas médicas asociadas a la consulta. Además, autorizo al Programa de Telesalud de los Servicios de Salud Escolar a divulgar información médica específica a las autoridades escolares y a DC Health, ya sea porque lo exige la ley o la normativa, o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad de mi hijo(a).
- Es posible que se facture a mi seguro los servicios de telesalud. Entiendo que soy responsable de brindar la información del seguro y soy responsable de cualquier copago o cargo adicional resultante de este servicio. Las personas inscritas en cualquier Organización de Atención Administrada de Medicaid de DC no recibirán factura por ninguno de los servicios prestados a través de telesalud. Todos los gastos asociados a este programa quedan a discreción de la compañía de seguros. Cualquier copago que se exija para las consultas de atención primaria podría incluirse en este servicio. Entiendo que cualquier dinero o beneficio por proveer telesalud será asignado y transferido al proveedor, incluidos beneficios/dinero de mi plan de salud, Medicaid o terceros que sean financieramente responsables por el cuidado médico de mi hijo(a). Autorizo la divulgación de toda la información necesaria (incluidas, entre otras, las historias clínicas, las copias de los reclamos y las facturas detalladas) para verificar el pago y para otros fines de salud pública según sea necesario.
- Si en algún momento no estoy conforme con los servicios prestados, puedo presentar una queja al equipo de Defensoría Pública por teléfono: (202) 724-7491 o por correo electrónico: healthcareombudsman@dc.gov. Las quejas también deben presentarse a través del portal del Programa de Servicios de Salud Escolar en: <https://dchealth.force.com/studenthealthservices/s/>.

- Este consentimiento será válido mientras el estudiante esté inscrito en la escuela. También entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, al entregarle al personal del servicio médico una carta con firma y fecha en la que retire mi consentimiento.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta)

_____ **Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)**_____

Firma del padre/madre/tutor o estudiante en caso de tener 18 años o más _____ **Fecha** _____