

Consentimiento para los servicios y tratamientos de salud

Seleccione la escuela a la que asiste el estudiante:

Anacostia SHS Ballou SHS Cardozo EC Coolidge SHS Dunbar SHS Woodson SHS Roosevelt SHS

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <i>Mes Día Año</i> Número del seguro social del estudiante: ____-____-____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Grado ____ Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____ Dirección del estudiante: _____ _____ ¿El centro de salud escolar (SBHC, en inglés) será el médico habitual del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de responder que no, ¿quién es o será el médico habitual del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	Madre Apellido: _____ Nombre: _____ Padre Apellido: _____ Nombre: _____ Tutor legal, si corresponde Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Otra: _____ Información de contacto del padre/madre o tutor Tel. de la casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Tel. de la casa: _____ Tel. del trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Su hijo(a) tiene cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: n.º de identificación de Medicaid: _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas DC <input type="checkbox"/> MedStar Family Choice DC <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Health Care Needs (HSCSN) <input type="checkbox"/> CareFirst Community Health Plan DC	¿Su hijo(a) está cubierto(a) por su empresa o por algún otro tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, plan médico: _____ n.º de identificación del afiliado(a)/n.º de póliza: _____ Teléfono del seguro médico: _____ 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
--	---

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud con licencia en el centro de salud escolar como parte del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health, en inglés) y de las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS, en inglés). Entiendo que el centro de salud escolar garantizará la confidencialidad de acuerdo con la ley, y que se recomendará que los estudiantes involucren a sus padres/madres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Entre los servicios del centro de salud escolar, se pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios de salud en la escuela, como exámenes de visión, audición, asma, obesidad y otras afecciones médicas, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas.
2. Examen físico exhaustivo (examen médico completo), que incluye los de la escuela, la universidad, la guardería, los deportes, el empleo y las nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio prescritas por el médico, como las de anemia, anemia falciforme y diabetes.
4. Atención y tratamiento médicos, que incluyen el diagnóstico de enfermedades y dolencias agudas y crónicas, y la dispensación y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. Servicios de atención a la salud reproductiva, como el asesoramiento sobre la abstinencia, el acceso a métodos anticonceptivos, pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas del VIH, pruebas de Papanicolaou, cuando se indiquen, y la remisión por los resultados anormales, según la edad.
7. Educación sobre la salud y asesoramiento para la prevención de comportamientos de riesgo como: el consumo de drogas, alcohol y tabaco; educación adecuada a la edad sobre la abstinencia, la prevención del embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
8. Tratamiento odontológico compuesto por exámenes, radiografías, diagnóstico y modalidades de tratamiento que pueden incluir limpieza, administración de anestesia tópica y local, empastes y selladores.
9. Remisiones para servicios que no se prestan en el centro de salud escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual sobre salud.

Consentimiento para los servicios y tratamientos de salud

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/MADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Mi firma a continuación autoriza la divulgación de la información médica obtenida por el centro de salud escolar para las Escuelas Públicas del DC y DC Health. Esta información puede estar protegida contra la divulgación por la ley federal de privacidad y la ley del Distrito. Además, autorizo al centro de salud escolar a divulgar información médica específica a las Escuelas Públicas del DC 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).

Entiendo que no tengo obligación de permitir la divulgación de la información médica de mi hijo(a) para que reciba tratamiento, y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización mediante notificación por escrito al centro de salud escolar. Sin embargo, una vez que se haya efectuado la divulgación, entiendo que mi revocación no cubre la información divulgada antes de dicha revocación. También comprendo que el destinatario puede volver a divulgar la información médica compartida en virtud de esta autorización, quien deberá notificar por escrito a la parte receptora que esta información médica se volverá a divulgar según el propósito específico establecido, y que cualquier nueva divulgación requerirá un consentimiento adicional.

Autorizo al centro de salud escolar a divulgar información médica específica de mi hijo(a) que se menciona en el reverso de la página a las Escuelas Públicas del DC y a DC Health.

Comprendo que los resultados de las enfermedades notificables y las vacunas administradas se darán a conocer a DC Health y a las Escuelas Públicas del DC. Además, los registros de los casos y la información de las encuestas pueden utilizarse para la evaluación del programa de acuerdo con las leyes federales y del Distrito relativas a la confidencialidad de los pacientes.

Con mi firma en la sección de Consentimiento para la divulgación de información médica que aparece de este formulario también doy mi consentimiento al centro de salud escolar para que se ponga en contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo(a) y para que obtenga información sobre el seguro.

Periodo durante el cual se autoriza la divulgación de la información:

Desde: fecha en que se firma el formulario **Hasta:** fecha en que el estudiante ya no estará inscrito en la escuela

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/MADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

SÍ: He leído y comprendo los servicios enumerados en la página anterior (servicios del centro de salud escolar), y mi firma otorga el consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios que el centro de salud escolar seleccionado ofrece, siempre y cuando mi hijo(a) sea estudiante en esta escuela. Además, estoy de acuerdo en que informaré de inmediato al centro de salud de la escuela por escrito sobre cualquier cambio en la salud física u odontológica de mi hijo(a) y sobre cualquier cambio en la custodia de mi hijo(a) que afecte mi capacidad de otorgar este consentimiento en nombre de mi hijo(a).

IMPORTANTE: De conformidad con el Reglamento de Consentimiento Médico del Menor (22-B DCMR 600), no se requiere el consentimiento de los padres/madres 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. No se requiere el consentimiento de los padres/madres para la vacunación de menores de 11 años o más que cumplan la norma de consentimiento informado, cuando la vacunación esté recomendada por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, en inglés) de los Estados Unidos y se administre de acuerdo con el calendario de vacunación recomendado por dicho comité. Además, no se requiere el consentimiento de los padres/madres para la solicitud de un tratamiento de primeros auxilios de emergencia o la prestación de servicios cuando la salud de un estudiante está en peligro. El consentimiento de los padres/madres no es necesario para los estudiantes mayores de 18 años o para los estudiantes legalmente emancipados. Por la presente reconozco y acepto que, según lo dispuesto en el Código Oficial del Distrito de Columbia, Sección 38-651.11, el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes, que incluirán al médico en ejercicio, al asistente médico o a la enfermera de práctica avanzada, serán inmunes a la responsabilidad civil por cualquier acto u omisión relacionado con o que surja de su desempeño de buena fe de las responsabilidades bajo el Código Oficial del DC, Sección 38-651.01 y subsiguientes, excepto en el caso de actos delictivos, actos ilícitos intencionados, negligencia grave o conducta indebida intencionada. Comprendo que este formulario se debe completar y enviar antes de que el estudiante pueda recibir los servicios de salud.

NO: no doy permiso para que mi hijo(a) reciba los servicios del SBHC.

X _____

Firma del padre/madre/tutor (o estudiante si tiene 18 años o más o si lo permite la ley)

Fecha

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/MADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

He leído y comprendo la divulgación de información médica en este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar la información médica según lo especificado.

X _____

Firma del padre/madre/tutor (o estudiante si tiene 18 años o más o si lo permite la ley)

Fecha