

**Consentimiento para los servicios y tratamientos médicos**

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

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

<b>¿Su hijo(a) tiene cobertura de Medicaid?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:      n.º de identificación de Medicaid: _____ <b>¿Qué plan tiene?</b> <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	<b>¿Su hijo(a) tiene cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico?</b> <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: _____ <b>Si su hijo(a) no tiene seguro médico, ¿le gustaría que el administrador de casos clínicos se pusiera en contacto con usted para ayudarlo a obtener uno?</b> <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 médicos autorizados 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) y las Escuelas Públicas del Distrito de Columbia (DCPS). Entiendo que el centro de salud escolar garantizará la confidencialidad de acuerdo con la ley, y que se recomendará a los estudiantes a involucrar 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 médicos en la escuela, como exámenes de visión, audición, asma, obesidad y otras condiciones 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 y para la práctica de deportes, el empleo y nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio prescritas por un médico, como las de anemia, anemia falciforme y diabetes.
4. Atención y tratamiento médicos, que incluyen el diagnóstico de enfermedades y dolencias graves y crónicas, y la dispensación y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. Servicios de salud reproductiva, como asesoramiento sobre la abstinencia, 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 remisión por resultados anormales, según la edad.
7. Educación sobre la salud y asesoramiento para la prevención de comportamientos de riesgo como: consumo de drogas, alcohol y tabaco; educación sobre la abstinencia adecuada para la edad, 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 médicos**

**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 a las Escuelas Públicas del DC y DC Health. Esta información puede estar protegida contra cualquier 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 una 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 del estudiante que se menciona en el reverso de la página a las Escuelas Públicas del DC y DC Health.

Comprendo que los resultados de las enfermedades que deben notificarse 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 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 mencionados en la página anterior (servicios del centro de salud escolar), y con mi firma otorgo 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, acepto que informaré de inmediato al centro de salud escolar 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 su nombre.

**IMPORTANTE:** De conformidad con el Reglamento de Consentimiento Médico del Menor (sección 600 del título 22-B de las Regulaciones Municipales del Distrito de Columbia [DCMR]), 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. 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. El consentimiento de los padres/madres no es necesario para los estudiantes mayores de 18 años ni para los estudiantes legalmente emancipados.

Por el presente reconozco y acepto que, según lo dispuesto en la sección 38-651.11 Código Oficial del DC, el Distrito, la escuela, sus empleados y agentes, que incluirán al médico en ejercicio, al asistente médico o al enfermero de práctica avanzada, 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 o que surja de este, excepto en el caso de actos delictivos, delitos intencionales, negligencia grave o mala conducta intencional. Comprendo que este formulario se debe completar y enviar antes de que el estudiante pueda recibir los servicios médicos.

**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**

### Consentimiento para compartir los registros educativos relacionados con la salud del estudiante

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, en inglés) 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 coordinados garantizarán mejor que se satisfagan las necesidades de su hijo(a) y que pueda participar plenamente en el entorno de aprendizaje de la escuela. **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 Salud Mental del DC
- \*Departamento de Financiación de Servicios de la Salud del DC
- \*Departamento de Servicios Humanos del DC
- \*El(los) proveedor(es) de atención médica de su hijo(a) y
- \*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 que sirven a mi hijo(a) y los servicios que se le brindan.

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

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

**4. Entiendo que:**

- \*Esta autorización es voluntaria, y a mi hijo(a) no se le negarán los servicios educativos si decido no firmarla y
- \*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 o las acciones llevadas a cabo con base en la información previamente compartida.**

(Firma del padre/madre/tutor/estudiante mayor de 18 años)	(Relación con el estudiante)	(Fecha)
---	------------------------------	---------

**Esta autorización vence en un año a partir de la fecha de la firma consignada arriba.**