

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS EN LA ESCUELA 2017-2018

Las escuelas de la Ciudad de Columbus (CCS) se asocian con varios organismos de la comunidad con el objetivo de prestar servicios de salud complementarios en la escuela. El presente formulario reemplaza a los distintos formularios de permiso requeridos para prestar este tipo de servicios a su hijo. **Los servicios de enfermería y emergencias escolares se prestarán de todas maneras, independientemente de que usted opte por formar parte de estos servicios adicionales o no.** Es posible que ciertos servicios complementarios no se encuentren disponibles en todos los edificios escolares de las CCS. (Consulte con el personal de enfermería de la escuela para responder las preguntas relacionadas con la disponibilidad del servicio).

¿Necesita este formulario en inglés? Por favor consulte con la enfermera de la escuela o a la oficina.

Información del alumno (Consignar la información en tinta)

Nombre del paciente/alumno (primero, segundo, apellido) _____ Nombre de preferencia del alumno _____

Dirección _____ Ciudad _____ OH Estado _____ Código postal _____

(_____) _____
Código de área Teléfono _____ Fecha de nac. del alumno (mes/día/año) _____ Grado _____ Nombre de la escuela _____

Sexo: Hombre Mujer Prefiere describirse: _____ Etnia: Hispano/latino (marque una opción) Sí No

Raza: Marque **todas las que correspondan** para su hijo: Negro o afroamericano Blanco Asiático
 Hawaiano nativo/isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska Otro: _____

Idioma principal del alumno: Inglés Español Somalí Nepalí Francés Árabe Otro: _____

Consentimiento para recibir servicios o tratamientos relacionados con la salud

Acepto que los proveedores que participan de los Servicios de salud complementarios en la escuela le brinden a mi hijo **los siguientes** servicios/tratamientos: (Marque todos los servicios que desea que estén disponibles para su hijo).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atención y tratamiento de lesiones/enfermedades | <input type="checkbox"/> Exámenes dentales y selladores para 2.º/6.º grados (también incluye un control del sellador el siguiente año escolar y una nueva aplicación, en caso de ser necesario) |
| <input type="checkbox"/> Exámenes físicos (bienestar o deportes) | <input type="checkbox"/> Examen de la vista, incluso la dilatación (se utilizan gotas para dilatar la pupila), tratamientos para la visión, prueba y entrega de anteojos y extracción de agentes extraños presentes en la córnea (retirar algo de la capa exterior protectora transparente del ojo) |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la influenza (gripe) | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre salud mental/conductual |
| <input type="checkbox"/> Vacuna meningocócica (obligatoria para 7.º y 12.º grados) | <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular (Tdap) (obligatoria para 7.º grado) | <input type="checkbox"/> Control de la natalidad |
| <input type="checkbox"/> Otras vacunas (según la edad y el programa de vacunación de la Academia Estadounidense de Pediatría) | <input type="checkbox"/> Pruebas, educación y/o tratamiento de infecciones o enfermedades de transmisión sexual (STI/STD). |
| <input type="checkbox"/> DTaP/Td <input type="checkbox"/> Poliomieltitis <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> MMR | |
| <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> Neumocócica conjugada | |
| <input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae tipo b (Hib) | |
| <input type="checkbox"/> Educación para la prevención del consumo de sustancias [You're Extra Especial (Y.E.S.), Saving Our Selves (S.O.S.) o Leadership Resiliency (L.R.P.)] | |

Al firmar el presente **Consentimiento para recibir servicios o tratamientos relacionados con la salud**, acepto los términos y las condiciones relacionados con la **Autorización para divulgar información** y la **Asignación de beneficios del seguro**, conforme se explica en la página 2 del presente formulario de consentimiento. Asimismo, acepto haber obtenido información sobre cómo recibir el **Aviso de prácticas de privacidad**, conforme se explica en el presente consentimiento. También he recibido y declaro comprender los servicios disponibles, conforme se describen en el documento **Información para padres y alumnos sobre los servicios de salud complementarios en la escuela**, el cual se adjunta al presente.

Relación del padre/tutor con el alumno (si el alumno/paciente es menor de 18 años): Madre Padre Tutor legal

X _____ X _____ X _____ X _____
Nombre en imprenta del padre/tutor Firma del padre/tutor Fecha Teléfono celular del padre/tutor

-O BIEN- (si el alumno/paciente es mayor de 18 años)

X _____ X _____ X _____ X _____
Nombre en imprenta del alumno/paciente Firma del alumno/paciente Fecha Teléfono del alumno

*Toda referencia a "mi hijo" significa "yo mismo" una vez que el menor cumple 18 años.

Por favor, dé vuelta a la página para completar el formulario.



Consentimiento para recibir servicios o tratamientos relacionados con la salud, *continuación*

Comprendo que me notificarán acerca de los servicios que reciba mi hijo, así como de todo tipo de detección anormal y/o recomendación de tratamiento posterior. Asimismo, comprendo que debo ponerme en contacto con el personal de enfermería de la escuela en caso de tener preguntas sobre las instrucciones o la atención de seguimiento necesaria. En lo que respecta a los servicios prestados por el NCH, comprendo que debo comunicarme al teléfono mencionado en el Resumen posterior a la consulta, que mi hijo traerá a casa. Comprendo que el presente consentimiento conservará su validez durante el año académico de 12 meses correspondiente al período 2017-2018, excepto que yo lo revoque. **Podré revocar este consentimiento para recibir tratamiento en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito a Servicios de salud complementarios en la escuela en la que se pedirá que se retire a mi hijo de los servicios.** He recibido el documento *Información para padres y alumnos sobre los servicios de salud complementarios en la escuela*, que incluye los organismos que prestan servicios, y comprendo los servicios disponibles. Asumo la responsabilidad de notificar al(a) enfermero(a) de la escuela respecto de todo cambio o actualización que se produzca en el estado de salud de mi hijo, en los registros de vacunación, en los medicamentos o en la cobertura del seguro.

Prácticas de privacidad y Autorización para divulgar información

Aceptación del Aviso de prácticas de privacidad: Se me ha informado que puedo solicitar una copia de los formularios de Aviso de prácticas de privacidad para CPH, el NCH, OhioHealth y PrimaryOne Health en cualquier edificio escolar de las CCS. También sé que puedo acceder a ellos en línea en <http://columbus.gov/schoolbasedhealthservices/>. En la escuela de mi hijo, hay copias del formulario de consentimiento y también formularios en blanco en <http://columbus.gov/schoolbasedhealthservices/>.

Autorización para divulgar información: Por el presente, autorizo a CPH, el NCH, OhioHealth y/o PrimaryOne Health a intercambiar información con los enfermeros escolares de las CCS, el consejero escolar y/o el trabajador social de la escuela con la exclusiva finalidad de llevar a cabo tratamientos o coordinar la atención. Las vacunas suministradas se ingresarán en el sistema de información sobre vacunación del estado (*Ohio ImpactSIS*). La divulgación de información sobre el consumo de drogas y alcohol se encuentra protegida por las Reglas Federales de Confidencialidad (42 CFR, parte 2) sin el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece la información o según se autorice de algún otro modo. En virtud de las reglas federales, también se limita el uso de la información para investigar o llevar adelante un procedimiento a nivel penal respecto de algún tipo de consumo de alcohol o drogas por parte del paciente (52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987). Los Servicios de salud complementarios en la escuela pueden requerir del uso de historias clínicas de los alumnos a fin de evaluar la calidad de la atención recibida y la eficacia en la prestación de dichos servicios. Las historias clínicas de mi hijo se encuentran protegidas y únicamente los usuarios autorizados pueden acceder a ellas de forma restringida. Comprendo que la presente autorización conservará su validez durante el año académico de 12 meses correspondiente al período 2017-2018, excepto que yo la revoque. Podré revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito en la que se manifieste mi intención de revocar los Servicios de salud complementarios en la escuela.

Información del seguro: Siempre que sea posible, se facturará a los seguros o a otros programas de cobertura de atención de la salud para ayudar a cubrir el costo de la atención. Algunos de los Servicios de salud complementarios en la escuela se ofrecen sin costo alguno a las familias, independientemente de que el alumno tenga seguro o capacidad de pago. Le concedo a CPH, el NCH, OhioHealth y PrimaryOne Health el derecho de presentar reclamos de reembolso en virtud de cualquier póliza de seguro de salud privada, Medicare, Medicaid u otros programas que yo identifique y respecto de los cuales se encuentre disponible un beneficio para pagar los servicios que reciba mi hijo mediante los Servicios de salud complementarios en la escuela.

Acepto que Nationwide Children's Care Connection, CPH, OhioHealth y/o PrimaryOne Health tengan acceso a los registros académicos, de asistencia y de conducta individuales de mi hijo correspondientes al año en curso y a años anteriores con el objetivo de ofrecerle un mejor servicio a mi hijo.

NO acepto que Nationwide Children's Care Connection, CPH, OhioHealth y/o PrimaryOne Health tengan acceso a los registros académicos, de asistencia y de conducta individuales de mi hijo correspondientes al año en curso y a años anteriores con el objetivo de ofrecerle un mejor servicio a mi hijo.

Proveedores de cuidados de salud

Proveedor de atención primaria

(médico, enfermera profesional, clínica, etc.)

Dirección del proveedor

Teléfono del proveedor

Fecha del último examen físico o de bienestar del niño: _____

-O BIEN-

Mi hijo no se ha realizado exámenes físicos ni de bienestar en los últimos 12 meses.

Estos servicios de salud ofrecen cuidados de salud de calidad en un entorno escolar familiar y amistoso, en el horario que les resulte cómodo al alumno y su familia. No es nuestro objetivo reemplazar su fuente de atención médica habitual.

Por favor, dé vuelta a la página
para completar el formulario.



Antecedentes clínicos (para ser completado por el padre/tutor legal)

Alergias:

No Sí ¿Tiene su hijo algún tipo de alergia? (Por favor, marque la opción correspondiente y explique a continuación).

Alérgico(a) a	Reacción
<input type="checkbox"/> Medicamento: _____	_____
<input type="checkbox"/> Alimento: _____	_____
<input type="checkbox"/> Látex	_____
<input type="checkbox"/> Acrílico/plástico	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____

Medicamentos (hogar y escuela, diarios y según la necesidad):

Nombre del medicamento*:	Dosis (mg):	Hora y día:	Motivo:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

*Adjunte una lista por separado, en caso de ser necesario

Mi hijo(a) no toma medicamentos (como píldoras, medicamentos líquidos, inhaladores, aerosoles nasales, parches médicos o medicamentos de venta libre).

Problemas médicos y de salud (marque "Sí" o "No" en cada caso y explique a continuación de ser necesario).

Varicela (edad: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareos/desmayos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas psicológicos o de carácter (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cirugías u hospitalizaciones en el último año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas inmunológicos (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastornos de coagulación (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros trastornos sanguíneos (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prediabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro tipo de trastornos endócrinos (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Antecedentes de síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones (epilepsia) Fecha de la última convulsión:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros trastornos del cerebro o sistema nervioso (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros trastornos pulmonares o respiratorios (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros trastornos gastrointestinales o estomacales (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros trastornos vesiculares o urinarios (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Embarazos (solo para las niñas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros problemas/afecciones (por favor explique)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor, explique los problemas médicos que marcó en esta sección: _____

Por favor, dé vuelta a la página para completar el formulario.



Antecedentes clínicos, continuación (para ser completado por el padre/tutor legal)**Registro de vacunación:**

Para niños menores de 9 años: ¿Recibió el niño alguna vez dos o más dosis de la vacuna contra la gripe antes del 1 de julio de 2017? (Si no está seguro, marque "No"). Sí No N/C

¿Vive el niño o se espera que tenga contacto cercano con una **persona cuyo sistema inmunológico se encuentre gravemente comprometido** y, como resultado, deba permanecer en un lugar aislado y protegido (como una habitación aislada de una unidad de trasplante de médula ósea)? Sí No

¿Ha **recibido el niño vacunas contra MMR** (sarampión, paperas, rubeola), varicela, fiebre amarilla, poliomielitis oral o gripe (Flumist) en los últimos 30 días? Sí No

En el último año, ¿se le ha **realizado al niño una transfusión de sangre o de productos derivados de la sangre?** ¿Se le ha **suministrado globulina inmune (gamma) o un medicamento antiviral?** Sí No

En los últimos tres meses, ¿**ha tomado el niño medicamentos que puedan afectar el sistema inmunológico**, como prednisona, otro tipo de esteroides o medicamentos anticancerígenos, medicamentos para el tratamiento de artritis reumatoidea, enfermedad de Crohn o psoriasis, o se le han realizado tratamientos con radiación? Sí No

¿Tiene antecedentes de reacciones adversas a las vacunas? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique a qué vacunas y explique:

Seguro de salud

Por favor, verifique qué proveedor de seguros otorga cobertura a su hijo o firme abajo si cree que su hijo no posee ningún tipo de cobertura. Algunos de los Servicios de salud complementarios en la escuela se ofrecen sin costo alguno a las familias, independientemente de que el alumno tenga seguro o capacidad de pago. Es probable que reciba una factura en concepto de servicios no cubiertos por el seguro. (Consulte el documento adjunto *Información para padres y alumnos sobre los servicios de salud complementarios en la escuela*).

Planes de atención administrada de Medicaid (marque una de estas opciones):

N.º de identificación del plan de atención administrada: _____



*Medicaid UHC no ofrecido por su trabajo

Ohio Medicaid: N.º de MEDICAID (12 dígitos): _____

El alumno no cuenta con seguro de salud. (Firme aquí para acceder a la exoneración por dificultades económicas). **FIRME AQUÍ:** No puedo pagar los servicios de atención de la salud. X _____

Seguro privado (que no sea Medicaid):

Información de la tarjeta del seguro: Compañía aseguradora: _____

Identificación del suscriptor o n.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____

Nombre de la persona cuya cobertura incluye al niño: _____ Fecha de nacimiento del adulto asegurado: _____

N.º de teléfono en la tarjeta del seguro: _____

Dirección de reclamos en la tarjeta del seguro: _____