



Consentimiento de salud basado en la escuela para los servicios Sterling Health Care, Inc.

Los proveedores médicos (Sterling Health Care, Inc.) ofrecerán servicios de salud que incluyen, entre otros, cuidado intensivo, servicios preventivos, exámenes físicos escolares, medicamentos para enfermedades menores y tratamiento de emergencia según sea necesario. Las pruebas de laboratorio básicas se proporcionarán en la Clínica Escolar cuando lo solicite un padre o si un niño acude a la clínica con síntomas que indiquen la necesidad de una prueba de laboratorio o si se trata de una parte obligatoria del examen físico. Revise este formulario cuidadosamente y complete toda la información solicitada. Los proveedores no pueden / no proporcionarán servicios a su hijo sin este consentimiento firmado. Este consentimiento no cubre inmunizaciones. Debe comunicarse con la Clínica en la escuela, o los Proveedores se comunicarán con usted para obtener un consentimiento por separado para ese servicio. El padre o tutor puede retirar el consentimiento en cualquier momento al informar al proveedor por escrito.

Escuela de estudiantes: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_:

Raza: Blanca  Negra/Afroamericana  Asiática  Indígena americana/Nativa de Alaska  Nativa de Hawai  Otra

Etnicidad: Hispano/Latino  No Hispano/No Latino Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comunicación preferida: teléfono / correo electrónico

En caso de emergencia, contáctese con:

Nombre de la madre / tutor legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Doctor del estudiante: \_\_\_\_\_ Dentista del estudiante: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_

Secondary Insurance: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ GRUPO# \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Género suscriptor: \_\_\_\_\_ Teléfono del suscriptor: \_\_\_\_\_

Dirección del suscriptor si es diferente del paciente: \_\_\_\_\_

Esta información es necesaria para que el registro de salud del estudiante esté completo, pero SOLO se facturará si la enfermera profesional proporciona los servicios. Las visitas de la enfermera de la escuela no se facturan al seguro.

**Historia médica del estudiante:**

La siguiente información ayudará a la Enfermera Escolar / Enfermera Practicante a hacer una evaluación precisa de su hijo en caso de enfermedad o emergencia.

**ALERGIAS: enumere todos los medicamentos, vacunas, alimentos o cualquier otra alergia**


**CURRENT MEDICATION(S)**

Nombre de la medicación	Dosis	Direcciones

**\*\* Se le pedirá que complete un formulario de Consentimiento de Medicamentos por separado si desea la Enfermera Escolar para administrar este medicamento en la escuela.**

¿Alguna hospitalización?  Sí  No

Motivo de la hospitalización	Fecha de hospitalización	Donde se hospitalizó

¿Alguna cirugía?  Sí  No

Tipo de cirugía	Fecha de procedimiento	Instalación donde se realizó el procedimiento

¿ALGUNA VEZ SU HIJO HA SIDO TRATADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

Condición	S	N	Condición	S	N	Condición	S	N
Alergias			Soplo cardíaco			Varicela		
Asma			Sibilancias			Infección del tracto urinario		
Eczema			Neumonía			Acné		
Convulsiones			infecciones de oído			Lesiones graves o conmoción cerebral		
Problemas del desarrollo y / o del habla					ADHD/ADD			
Diabetes					Otro			
Si otro por favor explique:								

**HISTORIA FAMILIAR: ¿Algún miembro de la familia tiene alguna de las siguientes condiciones?**

Condición	Relativo	Condición	Relativo	Condición	Relativo
Ataque al corazón		Cáncer de páncreas		Migraña	
Alta presión sanguínea		Cualquier otro cáncer		Convulsiones	
Insuficiencia cardíaca congestiva		Colitis		Diabetes	
Enfermedad cardíaca reumática		Enfermedad de Crohn		Coto	
Cardiopatía congénita		Pólipos de colon		Tendencia de sangrado	
Cáncer de mama		Hepatitis		Suicidio	
Cáncer de colon		Úlcera estomacal		Enfermedad Mental	
Leucemia		Enfermedad del riñon		Tuberculosis	
Melanoma (cáncer de piel)		Carrera		Otro	
Cáncer de ovarios		Asma		Abuso de drogas o alcohol	

¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue atendido por un médico?

Nombre del doctor: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estado de inmunización: ¿su hijo está al día con las inmunizaciones?  Sí  No

¿Dónde está archivado el registro de vacunación del niño?

Sí, doy permiso para que la enfermera de la escuela me proporcione una copia del registro de vacunación

Otro:

¿Le preocupa la salud de su hijo?  Sí  No

¿Su hijo toma alcohol?  Sí  No

¿Su hijo fuma y / o usa productos de tabaco?  Sí  No

¿Su hijo está expuesto al humo de segunda mano?  Sí  No

**INGRESOS: \*\*Nota: Sterling Health Care Center, Inc. se dedica a brindar atención médica a la comunidad.**

Dependemos de fondos de subvenciones para apoyar nuestros programas de salud escolares. Al proporcionar la información de ingresos solicitada, esto nos ayudará a informar sobre la población a la que servimos y es importante al solicitar subvenciones.

**¡GRACIAS POR SU AYUDA!**

Tamaño del hogar: \_\_\_\_\_ Ingresos familiares: \_\_\_\_\_

**Asignación de Beneficios / Consentimiento para el tratamiento de salud basado en la escuela del Centro Sterling Health Care, Inc.**

Doy mi consentimiento a las pruebas habituales, procedimientos que pueden considerarse necesarios para el tratamiento de la afección de mi hijo por parte de miembros del personal médico del Sterling Health Care, Inc. Center. Por la presente se otorga el consentimiento para tales visitas a la oficina de enfermería de la escuela a los fines del examen, tratamiento y procedimientos brindados por una Enfermera Practicante calificada. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de beneficios del gobierno a la parte que acepta la asignación. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor por los servicios brindados por Sterling Health Care, Inc. Center. Entiendo que se me pueden cobrar por separado los servicios brindados por los proveedores de la clínica para los servicios relacionados con el tratamiento. Por la presente autorizo el pago directamente al profesional que proporciona estos servicios que de otro modo sería pagadero a mí. \* Los servicios realizados por la enfermera de la escuela no son facturados.

**Autorizar la divulgación de información médica**

Por la presente, autorizo la divulgación de información médica según sea necesario para la resolución de este reclamo. A menos que se indique lo contrario, esta autorización se extiende a información sobre el diagnóstico psiquiátrico, de alcohol o drogas, y relacionada con el VIH, si corresponde, que pueda figurar en los registros de la clínica. Entiendo que tengo la autoridad para divulgar los registros médicos de referencia anteriores, así como la divulgación de registros al proveedor de atención primaria de mi hijo. Además, libero a Sterling Health Care, Inc. Center y a cualquier corporación o afiliada relacionada de cualquier responsabilidad derivada de la publicación de estos registros médicos y acepto identificarlos y eximirlos de cualquier responsabilidad. Esto constituye un permiso para divulgar información médica relacionada con enfermedades de transmisión sexual, si corresponde, a un Pagador de Terceros de conformidad con KRS 214.420.

He leído lo anterior y entiendo que los artículos anteriores se aplican a mí. Verifico que he recibido un Aviso de prácticas de privacidad (45 CFR 164.520 (2) (ii) y Declaración de derechos.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
El mejor número de teléfono para contactarlo

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico para vincularlo al Portal del paciente para el registro de salud del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

**Si el padre / tutor legal firma con (X) o la persona autorizada da su consentimiento verbal, se deben ingresar dos firmas con nombres, direcciones y números de teléfono a continuación.**

Fecha	Numero de Telefono	Testigo	Direcion
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------