

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCION PREVENTIVA

CHRISTUS Network Providers ofrecerá servicios de atención médica para sus hijos a través de la Clínica de Salud con Base en la Escuela. Estos servicios no sustituyen los servicios tradicionales que brinda la enfermera de la escuela, sino que forman parte de un programa que ofrece exámenes más completos y tratamiento para promover la salud. Servicios disponibles son:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Vacunas  | 5. Exámenes físicos para los deportes                               |
| 2. Exámenes físicos                                   | 6. Tratamiento de enfermedades y lesiones menores                   |
| 3. Servicios de educación sobre la salud y prevención | 7. Referencia a asesoramiento psicológico por problemas emocionales |
| 4. Recomendación de servicios sociales                |   |

Nota: Los alumnos pueden recibir servicios de atención médica primaria a cargo de una enfermera practicante quien está certificada y matriculada en la Clínica de Salud con Base en la Escuela. Estos servicios son opcionales y gratuitos. Si no desea que su hijo/a reciba estos servicios, igualmente puede recibir la atención adicional en la escuela de parte de la enfermera (donde disponible).

**lea cuidadosamente y complete el siguiente formulario de consentimiento para que su niño/a pueda recibir tratamiento en la clínica**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Masculino o Femenino (circule uno) Etnicidad (Solo para el propósito de datos): \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
(Letra de Molde) Apellido Primer Nombre Medio Nombre (MM/DD/YY)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_  
(Letra de Molde) Apellido Primer Nombre Medio Nombre

¿Usted es un Tutor, ¿tiene custodia legal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Si el número es de alguien más favor de apuntar el nombre con letra de molde

Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor #2: \_\_\_\_\_  
(Letra de Molde) Apellido Primer Nombre Medio Nombre

¿Usted es un Tutor, ¿tiene custodia legal? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Si el número es de alguien más favor de apuntar el nombre con letra de molde

Teléfono del Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Autorizo a que un médico o un asociado profesional designado brinden el tratamiento necesario y/o recomendado a mi hijo/a. Autorizo para que se realicen procedimientos y se brinde tratamiento al evaluar y tratar la condición médica de mi hijo/a dentro de las capacidades de la clínica y su personal. Accedo a formar sobre todas las alergias conocidas, enfermedades crónicas, medicamentos o drogas anteriores que hayan producido reacciones adversas y todos los medicamentos usados actualmente. Es posible que necesitemos llenar una encuesta para mejorar el servicio de la clínica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
**Padre o Tutor (Favor de Circular Uno)**

Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

Antecedentes Médicos: \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene un médico principal (PCP): \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No Si indica que sí, el Nombre: \_\_\_\_\_

**Todos los servicios del centro se brindan sin costo para el estudiante o su familia. Sin embargo, podremos atender mejor a sus necesidades generales si sabemos si su hijo/a tiene seguro médico.**

\_\_\_\_\_ Medicaid      \_\_\_\_\_ CHIP      \_\_\_\_\_ Seguro Médico      \_\_\_\_\_ Nada

**CHRISTUS SCHOOL BASED CLINICS CON BASE EN LA ESCUELA  
AUTORIZACION PARA USAR Y ENTREGAR INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA**

**La siguiente información puede entregarse al personal escolar por el bien de mi hijo/a.**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información clínicamente necesaria | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso    | <input type="checkbox"/> Antecedentes y exámenes físicas |
| <input type="checkbox"/> Vacunas                            | <input type="checkbox"/> Informes de Consulta | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)              |

**La información puede entregarse a:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Directora           | <input type="checkbox"/> Consejera Escolar     |
| <input type="checkbox"/> Asistente Directora | <input type="checkbox"/> Enfermera Escolar     |
| <input type="checkbox"/> Maestro/a de Clase  | <input type="checkbox"/> Asistente de Maestros |
| <input type="checkbox"/> Registradora        | <input type="checkbox"/> Secretaria            |
| <input type="checkbox"/> Medico Principal    | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)    |

**Firma del paciente o representante personal que puede solicitar la comunicación**

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, sin embargo, mi tratamiento para el servicio podrá ser denegada si no firmo este formulario a menos mencionado en la información puede ser revelada. Puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser utilizada o revelada. Autorizo CHRISTUS Clínicas de ingreso independiente para divulgar la información de salud protegida especificada arriba.

Al firmar esta autorización, usted reconoce y acepta que CHRISTUS Clínica Basada en la Escuela puede usar o divulgar información de salud personal con el propósito (s) de tratamiento médico y / o referencias.

Yo, el abajo firmante padre / tutor marcando la casilla de abajo dan autorización para CHRISTUS School Based Clinics acceso a mi hijo (a) la información de salud médica. En la red del sistema de documentación electrónica Athena, esta información accesible cubrirá el período del año escolar. Marcar la casilla

**Derecho a revocar la autorización**

Salvo en la medida en que la acción ya ha sido tomada en virtud de esta autorización , en cualquier momento puedo revocar esta autorización mediante la presentación de una notificación por escrito al Oficial de Privacidad al centro CHRISTUS Clínicas de ingreso independiente .( Enfermera )

**Re - divulgación**

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estar protegida por la Portabilidad y Responsabilidad de 1996 . Las instalaciones, sus empleados, funcionarios y médicos quedarán exentos de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Autoridad que firme si no es el paciente: (circula) Padre o Tutor