

CONSENTIMIENTO PARA CENTROS DE SALUD ESCOLAR

Elmhurst United
1800 98th Avenue, Suite 103
(Corner of Birch St. & 98th Ave.)
510-639-1479 FAX 510-639-3289

Emery Secondary/Anna Yates
4727 San Pablo Ave. B214
Emeryville, CA 94608
510-833-7050 FAX 510-553-2214

**West Oakland Middle School/
MLK Jr Elementary**
991 14th Street, Bldg. H
Oakland, CA 94607
510-874-7272 FAX 510-834-3586

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Nombre de preferencia: _____
 Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: hombre mujer transgénero
 Idioma primario en el hogar: _____ Número de Seguro Social del Estudiante: _____ - _____ - _____ No tiene Número de Seguro Social
 Raza Afro-Americano/Moreno Indígena Americano Nativo de Alaska Asiático Caucásico/Blanco Hawaiano
 Islas del Pacífico Latino/Hispano Más de una raza Otra: _____
 Etnicidad: Latino/Hispano No Latino/Hispano Desconocido/No Reportado
 Nombre de Padre/Guardián: _____ Relación al Estudiante: _____
 Dirección del Hogar del Estudiante: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono (primero): _____ Teléfono (alternativo): _____ Teléfono (de estudiante): _____

CONTACTO DE EMERGENCIA Nombre: _____ Numero: _____ Relación al estudiante: _____

SEGURO:

¿Tiene Seguro Médico? Sí No Si No, le gustaría ayuda con inscripción de seguro? Sí No
 Sí, ¿Que tipo de Seguro? Medi-Cal Alameda Alliance Blue Cross Kaiser HealthPAC Other Privado: _____
 Número de Identificación de Seguro Médico: _____
 ¿Tiene Seguro Dental? Sí No Si, ¿Que plan Dental? _____ Número de Identificación de Seguro Dental: _____

PROVEEDOR MÉDICO:

¿Tiene Proveedor Médico? Sí No Proveedor Medico: _____ Número de Teléfono: _____

Yo/nosotros he/hemos leído y entendido los servicios que se ofrecen en el Centro Escolar de Salud tal como se describe debajo. Entiendo/ entendemos que los servicios autorizados por medio de mi/nuestras firmas(s) en este formulario limitan a servicios y tratamientos de salud sencillos y comunes o de rutina, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:



- 1) Diagnóstico/tratamiento de enfermedades menores y agudas; primeros auxilios para lesiones menores
- 2) Ayuda con enfermedades crónicas (continuas)
- 3) Exámenes físicos para poder participar en un deporte o aprobación previa a un empleo
- 4) Vacunas
- 5) Servicios de laboratorio
- 6) Exámenes de la vista
- 7) Medicamentos sin receta y medicamentos básicos con receta
- 8) Asesoría sobre la salud mental y consejería
- 9) Educación relacionada con la nutrición, prevención de abuso de drogas y de alcohol, prevención de la violencia, enfermedades que se transmiten sexualmente y prevención de embarazos
- 10) Referencias a servicios especializado es necesario
- 11) Exámenes dentales y tratamiento - Durante los exámenes dentales en la escuela, un profesional dental le examinará los dientes a su hijo(a) y determinará si necesita servicios dentales. Estos exámenes no incluyen radiografías y no sustituye a un examen dental en la oficina de un dentista. En caso de encontrarse un problema dental, usted necesitará hacer una cita con su dentista. El Centro Escolar de Salud le podría ayudar a hacer una cita.

Tome en cuenta que: La ley del estado de California (California Family Code 6924-6929) permite que se brinden ciertos servicios a los adolescentes de 12 años de edad en adelante, con o sin el consentimiento de sus padres. Estos servicios incluyen: diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se transmiten sexualmente; asesoría y pruebas para el VIH; pruebas de embarazo, anticonceptivos, y remisiones para los cuidados prenatales; y asesoría sobre la salud mental en situaciones especificadas por la ley.

Escriba a continuación todos los servicios que ofrecemos los cuales usted NO QUIERE que este estudiante reciba:

Entiendo/entendemos que este consentimiento solamente cubre los servicios brindados en el Centro Escolar de Salud y no en otro establecimiento de salud público o privado. Por la presente autorizo/autorizamos a un médico y a otros profesionales empleados por el Centro de Salud a que proporcionen el tratamiento necesario y/o aconsejable para mi hijo/hija. Este estudiante tiene mi/nuestro permiso de recibir todos los servicios brindados por el Centro Escolar de Salud, excepto los que he/hemos excluido específicamente arriba.

Medi-Cal: Es posible que se les pida a los estudiantes que se inscriban en Medi-Cal en el Centro de Salud. En algunos casos, los ingresos de la familia pueden ser un factor para determinar la elegibilidad; sin embargo, en la mayoría de los casos la elegibilidad depende del tipo de servicio médico o de salud mental que utilice el estudiante.

Registros Médicos: Los registros médicos se mantendrán confidenciales. Sin embargo, acepto/aceptamos que los servicios necesarios para tratar el problema de mi hijo/hija pueden requerir la colaboración de otras agencias y proveedores de servicios. Yo entiendo/ nosotros entendemos que esta colaboración podría requerir que se divulgue información sobre mi hijo/hija a uno o más proveedores de servicios para facilitar la coordinación de los servicios brindados a mi hijo/hija. Acepto/aceptamos que es posible que el Centro Escolar de Salud tenga que divulgar información relacionada con el tratamiento a aseguradoras tales como Medi-Cal, para que puedan realizar el cobro. Además, los registros se pueden divulgar por cualquier otra razón, de conformidad con la práctica médica aceptable y conforme a la ley, incluyendo, pero sin limitarse a las siguientes razones:

(1) Si un estudiante expresa su voluntad de hacerse daño a sí mismo. (2) Si un estudiante expresa que podría lastimar a otra persona. (3) Si un estudiante denuncia que alguien abusa física, sexual o emocionalmente de él/ella

Para mejorar nuestros servicios, estamos participando en una evaluación a nivel del condado con todas las escuelas que ofrecen servicios de salud. Esta evaluación está siendo conducida por la Universidad de California en San Francisco (UCSF). Como parte de dicha evaluación, estamos reuniendo información sobre los estudiantes que usan nuestros servicios. Esta información la compartimos con UCSF de forma colectiva (en grupo) sin dar nombres específicos y sin identificar información personal. Nosotros nunca compartiremos la información personal de su hijo(a) con los conductores de la evaluación o con cualquier otra persona más allá de los Centros de Salud sin el permiso de usted. Al firmar esta forma, usted está de acuerdo en que su hijo(a) participe en esta evaluación.

Historial Médico de su Estudiante

- ¿Cuándo fue la última vez que su niño/a visito al médico? Menos de 6 meses 6 meses a un año Más de un año
- ¿Tiene su hijo/a asma? Sí No En caso que Sí, ¿Está interesado/a en el programa de educación de asma? Sí No
- ¿Está tomando cualquier tipo de medicamentos su hijo/a? Sí No
Por favor escriba el nombre de cada medicamento y diga para que es: _____
- ¿Tiene su niño/a alergias a medicamentos? Sí No
Por favor escriba el nombre de cada medicamento cual su niño/a es alérgico: _____
- ¿Sufre su niño/a de alergias (ciertas comidas, polen, sécate, etc, estornudos, ojos picosos, ronchas)? Sí No
Por favor escriba los tipos de alergias que tiene: _____
- ¿Ha visitado su niño/a al dentista alguna vez? Sí No
¿Cuándo fue la última vez que niño/a visito al dentista? Menos de 6 meses 6 meses a un año Más de un año

Yo/nosotros he completado el formulario adjunto de historial médico a mi mejor saber y entender. Este formulario de consentimiento se mantendrá vigente hasta que termine la inscripción del estudiante, o hasta que yo revoque este contrato por escrito.

Consentimiento para Tratamiento y Notificación de Seleccionar Libremente una Farmacia

(Como es requerido por el Departamento de Salud del Estado de California) El paciente abajo firmante, pariente del paciente o persona responsable, por este medio autoriza a LifeLong Medical Care, sus médicos afiliados y proveedores auxiliares a administrar cuidado necesario médico, de salud mental y dental, incluyendo exámenes, vacunaciones, tratamiento y procedimientos de diagnóstico.

Nombre del Padre/Guardián Legal _____

Relación al estudiante _____

Firma Nombre del Padre/Guardián Legal _____

Fecha _____

(Como es requerido por el Departamento de Salubridad de los E.U. y Servicios de Recursos Humanos, Y de Servicios de Administración (HRSA) y el Estado de California). Yo reconozco que tengo la libertad de elegir una farmacia. Cualquier transmisión electrónica o de fax de mis recetas serán, enviadas a la farmacia que seleccione. Si soy elegible para medicamentos gratis o para un programa de descuento de farmacias, seré referido a un específico dispensario o farmacia. LifeLong solo ofrecerá medicamentos gratis o con descuento en ciertas farmacias contratadas. Si elijo no usar la farmacia contratada, puedo tener esta receta surtida en otra farmacia, a mi costo. Si opto a no utilizar el dispensario o la farmacia contratada, puedo obtener mi medicina en otra farmacia por mi propia cuenta.

Firma Nombre del Padre/Guardián Legal _____

Fecha _____

Divulgación Médica del Estudiante

Al firmar a continuación, usted está consintiendo a lo siguiente: Yo autorizo al Distrito Escolar que permita al proveedor médico de LifeLong Medical Care, a que revise el historial escolar de mi hijo/a. LifeLong Medical Care está de acuerdo que no divulgará este historial a cualquier otra persona o agencia sin mi permiso escrito. Por la presente, autorizo al personal del Centro Escolar de Salud y al proveedor designado a continuación que intercambie información relacionada con mi hijo/a con fines de evaluación y tratamiento médico. Entiendo que este consentimiento no vencerá hasta que yo lo revoque o hasta que mi hijo/hija ya no esté inscrito en una escuela atendida por algún Centro de Salud Escolar.

Nombre del Padre/Guardián Legal _____

Relación al estudiante _____

Firma Nombre del Padre/Guardián Legal _____

Fecha _____

Dirección del Padre o guardián Legal (si diferente que del Estudiante) _____

Ciudad _____

Código Postal _____

Aviso Resumen de las Prácticas de Privacidad y Forma de Reconocimiento

Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de LifeLong Medical Care

Firma del Padre/Guardián Legal _____

Fecha _____

Favor regrese este formulario al Centro de Salud Escolar o a la Oficina de la Escuela. Llamenos si tienen preguntas.

East Oakland–Elmhurst United: 510-639-1479 • West Oakland – WOMS/MLK Jr: 510-874-7272 • Emeryville – Emery Secondary/Anna Yates 510-833-7050

Updated 7/2/2019