



### **CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR**

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de salud en cualquiera de los centros de salud escolares que ofrece Edward M. Kennedy Community Health Center (Kennedy Community Health).

Autorizo a un profesional de la salud a proporcionar servicios de salud física, dental y conductual para mi hijo en persona o mediante una plataforma segura de Tele-Salud. Doy permiso para las pruebas médicas necesarias, las evaluaciones y la administración de la atención médica de mi hijo. También doy mi consentimiento para el intercambio de información médica entre los proveedores del centro de salud de la escuela, la enfermera de la escuela, el consejero de adaptación escolar y cualquier otro profesional médico que pueda ser necesario. Entiendo que Kennedy Community Health mantendrá de forma segura el expediente médico de mi hijo como un expediente médico confidencial; no es un expediente escolar. También entiendo que se observará la confidencialidad entre el personal y cualquier niño que use el centro de salud de la escuela.

Los centros de salud de las escuelas participan en el Sistema de Inmunización de Massachusetts (MIIS). MIIS es un sistema estatal confidencial para realizar un seguimiento de los registros de vacunación de los niños y sus familias. Para limitar quién puede ver la información de su hijo, debe completar el formulario "Objeción o retiro de objeción al intercambio de datos", que puede obtener de su proveedor de atención médica.

Además autorizo a Kennedy Health Center a divulgar información sobre el tratamiento de terceros pagadores u otros para fines de facturación y por cualquier motivo que pueda ser necesario para cumplir con las leyes o regulaciones estatutarias de acuerdo con la práctica médica aceptada. He leído y completado este formulario de consentimiento y entiendo que este inscrito en una escuela afiliada a Kennedy Community Health, a menos que notifique al centro de salud escolar por escrito.

Nombre del Estudiante		Apellido del Estudiante		
_____ / / Fecha de Nacimiento	_____ Género	_____ Pronombre		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono preferido		Teléfono alternativo		
Mensaje de Texto? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Correo Electrónico		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-hispano		Idioma preferido		
Raza (puede especificar mas de uno):				
⇨ Indio Americano/Nativo de Alaska	⇨ Asiático	⇨ Blanco	⇨ Otro (especifique)	
⇨ Nativo de Hawai o Islaño del Pacífico	⇨ Negro	⇨ Desconocido/No especificado		
⇨ Preferiere no contestar				
Nombre del Padre o Tutor		Relación con el Estudiante		
*Firma del Padre o Tutor		*Fecha		



**INFORMACION MEDICA DEL ESTUDIANTE**

***Tenga en cuenta que los Centros de salud escolares no cobran copagos y brindan atención independientemente de la capacidad de pago.***

Complete A, B, o C de acuerdo a lo mejor de su conocimiento.

A: Compañíe Seguro Privada: \_\_\_\_\_

Poliza#: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

B: Mass Health/Medicaid: Medicaid ID# \_\_\_\_\_

C: Sin Insurance  Le gustaría obtenr ayuda para inscribirse? Si  No

Complete A o B de acuerdo a lo mejor de su conocimiento.

A: \_\_\_\_\_  
Doctor Primario del Estuduante (PCP)      Número de Teléfono de su Doctor

B: Sin PCP

Le gustaría tener ayuda para obtenr un Doctor? Si  No

\_\_\_\_\_  
Liste todas las medicinas que actualmente toma el estudiante

\_\_\_\_\_  
Liste las condiciones médicas conocidas por usted

\_\_\_\_\_  
Liste las alergias que pueda tener

\_\_\_\_\_  
Liste historial médico familiar (preocupaciones de salud mental, condiciones cardiacas, asma, alergias, etc.)

**Para preguntas relacionadas al cnetro de salud escolar, llame al (508) 595-1102**