

KENNEDY COMMUNITY HEALTH SCHOOL-BASED HEALTH CENTER

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR

Por favor notifique a la escuela si hay algún cambio en el historial médico o en los medicamentos de su hijo durante el año

Nombre del Estudiante _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género al nacer: masculino femenina

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Escuela: _____ Idioma preferido en casa _____

Etnicidad: Hispano No-Hispano

Raza (puede especificar mas de uno):

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico

Desconocido/No especificado Negro Otro (especifique): _____ Preferir no contestar

Información Médica

1. ¿Ve su hijo a un dentista para chequeos semestrales? SI NO

2. ¿Tiene su hijo un proveedor de atención primaria (PCP)? SI NO

3. ¿Su hijo está tomando algún medicamento? Por favor, enumere: _____

4. Encierre en un círculo cualquier condición que su hijo haya tenido ALGUNA VEZ

Diabetes Hepatitis Epilepsia/Convulsiones Enfermedad renal/hepática Cáncer Asma Trastornos de la sangre/anemia

Tuberculosis Trastornos inmunitarios Enfermedades cardíacas Autismo/Discapacidad del desarrollo VIH/SIDA

5. ¿Su hijo tiene otras condiciones de salud? Por favor, enumere: _____

6. ¿Su hijo tiene alguna alergia? Por favor, enumere: _____

Entiendo que estos servicios están disponibles para mi hijo según los necesite y son una extensión, pero no un reemplazo, de los proveedores existentes de mi hijo. 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. Autorizo al proveedor dental a realizar todas y cada una de las formas de tratamiento, incluidas limpiezas dentales, fluoruro, selladores, diagnósticos y radiografías, que puedan estar indicados y/o disponibles. He leído y entiendo el programa dental y doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa dental.

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, ya sea verbalmente o a través del sistema de información estudiantil de la escuela. 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 tenido la oportunidad de revisar el aviso de privacidad del centro de salud. 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.

MARQUE SI DESEA QUE SU HIJO RECIBA SERVICIOS DENTALES

MARQUE SI DESEA QUE SU HIJO RECIBA SERVICIOS MÉDICOS

Firma del Padre o Tutor

Nombre del Padre o Tutor/Relación al estudiante

Fecha



Kennedy Community Health School-Based Health Center

INFORMACIÓN DEL SEGURO

LOS CENTROS DE SALUD ESCOLARES NO COBRAN COPAGOS Y BRINDAN ATENCIÓN INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAPACIDAD DE PAGO.

Seguro médico

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

- A. Compañía de Seguro Privada _____
Poliza#: _____ Grupo#: _____
- B. Mass Health/Medicaid ID #: _____
- C. Sin seguro Le gustaría obtener ayuda para inscribirse? SI NO

Seguro dental

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

- A. Compañía de Seguros Privada: _____
Dirección: _____
Asegurado: _____
Número del Asegurado: _____
Seguro Social del Asegurado: _____
Numero de Póliza: _____
Nombre del Empleador: : _____
- B. MassHealth/Medicaid: ID #: _____
- C. Sin seguro Le gustaría obtener ayuda para inscribirse? SI NO

Tenemos que reunir la siguiente información por motivos de cumplimiento. ¡Gracias!

Información Adulta:

Nombre: _____
Tamaño de la Familia: _____
Ingreso Familiar \$ _____ / quincenal

ASEGÚRESE DE FIRMAR EL OTRO LADO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE ENVIARLO.

PARA PREGUNTAS RELACIONADAS AL CENTRO DE SALUD ESCOLAR, LLAME AL (508) 595-1102

WE HELP PEOPLE LIVE HEALTHIER LIVES.



ESCANEA AQUÍ
para Aviso de Privacidad
kennedychc.org/SBHC