

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR
Formulario de Consentimiento Paterno

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/TUTORES
<p>Apellido del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i> Escuela del Estudiante: _____ Número de Seguro Social: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino Grado _____ Raza/Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otros _____ Dirección del Estudiante: _____ _____ <i>Ciudad Estado Código Postal</i> Nombre de su escuela _____ ¿Quién es el proveedor habitual de asistencia médica del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p>	<p>Madre Apellido: _____ Nombre: _____ Padre Apellido: _____ Nombre: _____ Tutor Legal, en caso de existir Apellido: _____ Nombre: _____ Relación legal del tutor con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía o Tío <input type="checkbox"/> Otros: _____ Información de Contacto de los Padres o Tutores Teléfono del Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____ Contacto de Emergencia Adicional Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____ Teléfono del Domicilio: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____</p>

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD	
<p>¿Tiene su hijo Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Número del Seguro de Salud _____ ¿Recibe su hijo asistencia médica a través de MCO o HMO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si - Por favor, seleccione el casillero que corresponda a continuación ¿Qué Plan? <input type="checkbox"/> AMERIGROUP <input type="checkbox"/> Maryland Physicians Care <input type="checkbox"/> Riverside <input type="checkbox"/> Diamond <input type="checkbox"/> Medstar <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> Healthcare <input type="checkbox"/> Jai <input type="checkbox"/> Priority Partners <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p>¿Tiene su hijo algún otro tipo de Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: Nombre de la Compañía: _____ Nombre de la persona que figura en la Tarjeta de seguro medico _____ Número de identificación del socio. _____ Si su hijo NO tiene seguro de salud, por favor indicar: Ingresos Familiares Anuales: _____ Número de Personas en la Familia: _____</p>

CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES	
<p>He leído y comprendo toda la información sobre los servicios enumerados en la página que sigue (Centros de Atención Médica en las escuelas) y mi firma indica mi autorización para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el CENTRO DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD. NOTA: Mi firma a continuación confirma que he recibido una copia del Compendio de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Howard.</p> <p>X _____ Firma de los Padres/Tutores (o del estudiante si de 18 años o más o si la ley lo autoriza) Fecha _____</p>	
<p>He leído y comprendo la información acerca de la Autorización de Acceso a Información tal como figura en la página 2 de este formulario. Mi firma indica el consentimiento para dar a conocer información médica tal como se especifica.</p> <p>X _____ Firma de los Padres/Tutores (o del estudiante si tiene 18 años o más o si la ley lo autoriza) Fecha _____</p>	

CENTRO ESCOLAR DE SERVICIOS DE SALUD

Por la presente, autorizo que mi hijo reciba los servicios de asistencia médica por parte del personal profesional certificado del Centro de Salud del Departamento De Salud Del Condado De Howard. Entiendo la confidencialidad entre el estudiante y el profesional de la salud bajo la ley, y que asimismo se alentara a los estudiantes a incluir a sus padres o tutores en las consultas y decisiones respecto al cuidado de su salud. Los servicios del Centro de Salud Escolar podrían incluir, aunque no limitarse a lo siguiente::

1. Exámenes médicos y físicos completos incluyendo aquellos que se requieren para EPSDT, actividades escolares y deportivas.
2. Pruebas médicas de laboratorio prescritas para la detección de anemia, células falciformes y diabetes
3. Cuidado médico y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y la prescripción y dispensación de medicamentos.
4. Servicios de salud mental incluyendo evaluación, diagnóstico y tratamiento.
5. Referencias para aquellos servicios médicos no proporcionados en el centro escolar de salud.
6. Cuestionario/encuesta anual de salud.

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA LA DIVULGACION DE INFORMACIÓN MEDICA
CONSENTIMIENTO PARENTAL DE ACUERDO A LAS NORMAS HIPAA PARA LA DIVULGACION DE INFORMACIÓN MEDICA**

Mi firma, en el reverso de este formulario, autoriza al acceso a información médica. Esta información podría estar protegida por leyes federales y estatales de protección de la privacidad.

Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo a que se le proporcione la información médica requerida al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard ya sea por ley o porque esta resulte necesaria para proteger la integridad y la salud del estudiante. Siempre que yo lo solicite, la facultad o la persona indicada deber otorgarme una copia de la información médica referente a mi hijo que se haya divulgado. Los padres están obligados por ley a proporcionar cierta información médica a las escuelas, como ser el comprobante de vacunación del alumno. La falta de cumplimiento a esta norma podría resultar en la expulsión del estudiante de la escuela.

Todas las preguntas que pudiera tener sobre este formulario han sido respondidas. Entiendo que no estoy obligado a autorizar la divulgación de información médica sobre mi hijo y que podría cambiar de opinión y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. No obstante, una vez que la información haya sido divulgada ya no se podrá revocar retroactivamente para que se cubra la información divulgada antes de presentarse la revocación.

Autorizo al Centro de Salud del Departamento de Salud del Condado de Howard a divulgar información médica y salud mental específica del estudiante mencionado en la página uno (1) al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard.

Yo autorizo la administración de tratamientos del nebulizador Albuterol, administración de acetaminofeno o ibuprofeno si es medicamento indicado.

Autorizo a que el Centro de Salud Escolar del Departamento de Salud del condado de Howard le proporcione la información médica mencionada, a continuación, al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Howard y viceversa, para así cumplir con los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela disponga de la información necesaria para proteger la salud y la integridad de mi hijo. Entiendo que esta información será de carácter confidencial, de acuerdo a las regulaciones prescritas sobre confidencialidad bajo la ley Federal y Estatal:

Información Requerida por Ley o por el Sistema Escolar:

- Examen a los nuevos estudiantes
- Comprobante de vacunación
- Resultados de las pruebas de visión y audición
- Resultados de las pruebas de tuberculina

Información para Proteger la Salud y la Seguridad:

- Condiciones que puedan requerir tratamiento médico de emergencia
- Condiciones de salud mental incluyendo evaluaciones, diagnósticos, tratamiento
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (excluyendo infecciones por SIDA, infecciones de transmisión sexual.) y demás servicios confidenciales protegidos por ley)
- Cobertura de seguro médico

Mi firma en la página uno (1) de este formulario autoriza al Centro de Salud del Departamento de Salud del Condado de Howard para contactar a otros proveedores de servicios de salud, que hayan tratado a mi hijo, a fin de obtener información médica y salud mental relevante para la salud de mi hijo o para facilitar el procesamiento de reclamos a la compañía de seguros.

Plazo autorizado para solicitar permiso de acceso a información:

Desde: Fecha en la que se ha firmado este formulario en la página anterior

A: Fecha en la que el estudiante ha dejado de pertenecer al Centro Escolar de Salud