

Nombre del estudiante:

FDN del estudiante:

Escuela del estudiante:



FORMULARIO SUPLEMENTARIO DE CONSENTIMIENTO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD CON SEDE EN LA ESCUELA



El Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland ("CMSD") se asocia con muchas agencias comunitarias para ofrecer servicios de salud suplementarios basados en la escuela. Para su comodidad, varios proveedores basados en la escuela han acordado aceptar un único Formulario de Consentimiento Universal para que su finalización única de este formulario pueda proporcionar su consentimiento para que múltiples proveedores proporcionen servicios a su estudiante. Colectivamente, se hace referencia a esos proveedores a lo largo de este Formulario de Consentimiento como los "Proveedores de Consentimiento Universal". La lista completa de Proveedores de Consentimiento Universal se puede encontrar al final de este formulario en el Apéndice A.

Se requiere la finalización de este formulario de consentimiento para el tratamiento para que su hijo reciba servicios de salud suplementarios de cualquiera de los Proveedores de Consentimiento Universal. **Se proporcionarán servicios de enfermería y emergencia escolar si decide o no participar en estos servicios añadidos.** Es posible que algunos servicios suplementarios no estén disponibles en todos los edificios escolares de CMSD. (Consulte con su enfermera de la escuela para preguntas sobre la disponibilidad de servicios).

Información del estudiante/paciente

Apellido del estudiante:		Nombre del estudiante:	
Fecha de nacimiento:	Sexo al nacer (por favor circule): Femenino o Masculino	Género:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Número de teléfono:	
Nombre de la escuela:			
Idioma preferido:	¿Te identificas como hispano (por favor circula)? Sí o No		
Raza (por favor circule):	Indio americano/nativo de Alaska	Asiático	Nativo americano/ isleño del Pacífico
	Caucásico	Afroamericano	Declino
	Otro:		
Nombre del Proveedor/Médico de Atención Primaria (PCP):			
Ubicación pcp (por favor circule): Care Alliance - Cleveland Clinic - MetroHealth - Neighborhood Family Practice NEON - UH/Rainbow Babies and Children - Otro:			

Información del Tutor Legal

Apellido del Tutor:		Nombre del Tutor:	
Fecha de nacimiento:			
Teléfono:		Teléfono celular:	
Empleador:		Teléfono del empleador:	

Información del seguro médico de estudiante/paciente

Niño/Adolescente tiene seguro (por favor circule):	Sí	o	No
--	----	---	----

Nombre del estudiante:	FDN del estudiante:	Escuela del estudiante:
Nombre de la Compañía de Seguros:	Nombre del suscriptor:	
Número de grupo:	ID de suscriptor:	

Contacto de emergencia (si no podemos comunicarnos con usted durante una emergencia, ¿con quién desea que nos comuniquemos?)	
Nombre:	Relación:
Número de teléfono:	¿Podemos dejar un mensaje? Sí o No

Historia clínica del paciente/estudiante (que debe ser completado por los padres / tutor legal) Por favor, circule todo lo que corresponda.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Cáncer/Leucemia • Eczema • Migrañas • Nacimiento prematuro • Célula falciforme • Trastornos de la columna vertebral • Convulsiones de problemas vesicales/urinarios • Gafas/Contactos • Audífonos • Problemas de salud mental • Trastorno de la sangre • Diabetes • Neumonía | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal/ • Problema cardíaco • Problemas de desarrollo • Problemas intestinales/estreñimiento • Tuberculosis/tuberculosis • Consumo de tabaco • Abuso de sustancias • Nivel elevado de plomo • Otros (explicar): |
|--|---|

Medicamentos actuales para el paciente/estudiante (vitaminas, inhaladores, recetas, otros)			
Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad tomada	Horarios por día
Nombre de Farmacia Preferida:			
Dirección:		Número de teléfono:	
Alergias del paciente/estudiante			
<input type="checkbox"/> SÍ – Por favor enumere a continuación:			<input type="checkbox"/> SIN ALERGIAS CONOCIDAS
Comida:			
Medicamentos:			
Insectos:			
Estacional:			
Animales:			
Historia de la inmunización			
¿Su hijo ha tenido una reacción a alguna inmunización/toma?		Sí o No	
En caso afirmativo, sírvase explicar la reacción:			
Qué inmunización/disparo causó reacción:			
Historia del Hospital del Paciente/Cirugía			
Estancias hospitalarias anteriores: Sí o No		Explicar:	
Cirugías pasadas: Sí o No		Explicar:	

Nombre del estudiante:		FDN del estudiante:		Escuela del estudiante:	
Visitas a Urgencias el año pasado: Sí o No			Cuántos:		
Historia familiar (circule todo lo que corresponda y enumere quién tiene el problema (mamá, papá, abuelo, hermano, hermana))					
Anemia				Presión arterial alta	
SIDS/Muerte súbita del bebé				Asma	
Jaquecas				Derrame	
Diabetes				Abuso de alcohol / drogas	
SIDA/VIH				Cáncer	
Artritis				Colesterol alto	
Enfermedad cardíaca				Convulsiones	
Célula falciforme				Tuberculosis/tuberculosis	
Problemas de salud mental				Otros (por favor enumere)	

Formulario de consentimiento universal de los proveedores de servicios de salud suplementarios basado en la escuela

El propósito de este Formulario de Consentimiento es permitir que los padres/tutores/menores emancipados/estudiantes mayores de 18 años:

1. dar consentimiento informado para que su hijo participe y reciba tratamiento de un médico o proveedor de atención médica del Proveedor de Consentimiento Universal a través del Programa de Salud Escolar con o sin la presencia de un padre/tutor.
2. reconocer que la atención puede ser proporcionada en persona o por telesalud. La principal diferencia entre la telesalud y la atención en persona es la incapacidad del proveedor para tener contacto directo y físico con el paciente. La transmisión de telesalud de mala calidad puede afectar la calidad de los servicios de salud. Usted puede dejar de usar telesalud en cualquier momento sin limitar el acceso a otros cuidados, servicios o beneficios.
3. reconocer la responsabilidad por el pago de cargos y tarifas no cubiertos por el seguro.
4. dar permiso para que la información médica protegida de su hijo ("PHI") sea liberada de cualquier Proveedor de Consentimiento Universal identificado en el Apéndice A al personal del CMSD involucrado en la administración y operación de su programa de salud, incluyendo pero no limitado a enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos, trabajadores sociales, coordinadores de salud y personal administrativo del Programa de Salud Escolar (colectivamente, "Personal de Salud CMSD") con el propósito exclusivo de tratamiento y coordinación de atención.
5. dar permiso para que el CMSD divulgue la información médica de su hijo y otra información personal relevante a cualquier Proveedor de Consentimiento Universal identificado en el Apéndice A para facilitar la evaluación de las necesidades de salud de su hijo, coordinar el cuidado de su hijo, proporcionar tratamiento o derivación, y/o evaluar el Programa de Salud Escolar y los servicios proporcionados.

Consentimiento para servicios de salud/tratamiento

Al firmar a continuación, el Padre/Tutor consiente que su hijo reciba, según sea necesario, cualquiera de los Servicios de Salud Suplementarios basados en la Escuela que se enumeran a continuación (el "Servicio") de cualquier médico o proveedor de atención médica del Proveedor de Consentimiento Universal. El Padre/Tutor entiende que el examen y el tratamiento pueden ser en persona o por telesalud. El Padre/Tutor entiende que puede hacer y tener cualquier pregunta respondida sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los Servicios poniéndose en contacto con cualquiera de los Proveedores de Consentimiento Universal utilizando la información de contacto que se encuentra en el Apéndice A de este Formulario de Consentimiento. El Padre/Tutor debe ponerse en contacto con los Proveedores de Consentimiento Universal antes de firmar este Formulario de Consentimiento si tiene alguna pregunta sobre los Servicios. El Padre/Tutor reconoce y entiende que, al firmar este Formulario de Consentimiento, él o ella está consintiendo los Servicios y/o vacunas directamente debajo. **Si hay servicios o vacunas que no desea que tenga su hijo, por favor saque esos servicios a continuación.**

Nombre del estudiante:

FDN del estudiante:

Escuela del estudiante:

Servicios:

(Ponchase / tachar cualquier servicio que NO desee que su hijo reciba.)

- Exámenes físicos (bien-niño, deportes, trabajo)
- Atención y tratamiento para lesiones/enfermedades
- Pruebas rutinarias de laboratorio
- Medicamentos recetados
- Atención de problemas de salud pediátricos/adolescentes comunes (peso, acné, problemas menstruales)
- Cuidado de ciertas afecciones crónicas (como asma, trastornos convulsivos o diabetes)
- Servicios de salud sexual (como asesoramiento reproductivo, incluida la anticoncepción)
- Evaluación y detección de salud mental/conductual
- Intervención en salud mental/conductual (se requiere consentimiento adicional de padres/tutores para niños menores de 18 años)
- Salud mental una vez y en curso asesoramiento individual
- Salud mental una vez y asesoramiento grupal en curso
- Tratamiento contra el abuso de drogas
- Tratamiento de abuso de alcohol
- Servicios de detección y seguimiento de la visión y la audición, si es necesario Exámenes y servicios dentales (examen, selladores, flúor), si es necesario
- Programas de educación y prevención de la salud
- Servicios de medicina deportiva
- Pruebas de plomo
-

¹ A lo largo de esta forma, el término "Padre/Tutor" se refiere a todos los siguientes grupos: padres/custodios/menores emancipados que firman en su propio nombre/estudiantes mayores de 18 años firmando en su propio nombre. Para los menores emancipados / estudiantes mayores de 18 años "niño" se refiere a la estudiante él/ella mis

Inmunizaciones (vacunas):

(Ponchar / tachar cualquier inmunización que NO desee que su hijo reciba.)

Su enfermera de la escuela y el equipo del Programa de Salud Escolar revisarán el registro de su hijo para determinar qué vacunas son necesarias.

Inmunizaciones requeridas por la escuela:

- DTap/Td
- Tdap
- poliomielitis
- Hepatitis B
- MMR (sarampión, paperas, rubéola)
- Meningococo A
- Varicela

Inmunizaciones pediátricas/adolescentes recomendadas:

- Virus del papiloma humano (VPH)
- Influenza (Gripe)
- Hepatitis A
- Meningococo B
- Vacuna COVID-19

Nombre del estudiante:	FDN del estudiante:	Escuela del estudiante:
------------------------	---------------------	-------------------------

Visite <http://www.immunize.org/vis/> para encontrar la Declaración de información sobre vacunas para cada vacuna, que explicará los riesgos y beneficios de todas las vacunas.

Acuerdo de responsabilidad financiera

Si corresponde, el(los) Proveedor(s) de Consentimiento Universal facturará a los transportistas de seguros de su hijo por los cargos y cargos cubiertos por el plan de seguro de su hijo. Padre/Tutor se compromete a proporcionar información completa, precisa y oportuna relacionada con cualquier seguro médico disponible con el fin de que el(los) Proveedor(s) de Consentimiento Universal solicite el pago de manera oportuna. Padre/Tutor entiende que un incumplimiento de proporcionar información completa, precisa y oportuna, incluyendo cualquier cambio en la cobertura de seguro, puede impedir que el proveedor cumpla con las reglas administrativas del plan de seguro de su hijo. El Padre/Tutor puede obtener una lista de cargos habituales y consuetudinarios del(los) Proveedor(s) de Consentimiento Universal a petición.

YO, PADRE/TUTOR, CERTIFICO QUE SOY DE BUEN CUERPO Y MENTE, QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA CARTA DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, INCLUYENDO EL PROCESO PARA PRESENTAR UNA QUEJA O QUEJA, QUE ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LA INFORMACIÓN ANTERIOR EN EL CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD / TRATAMIENTO Y SECCIONES DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE ESTE FORMULARIO, Y QUE DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE MI HIJO RECIBA LOS SERVICIOS DE SALUD SUPLEMENTARIOS RECOMENDADOS.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____

Relación con el Niño/Estudiante: _____

Fecha: _____

Divulgación de información

Autorizo a los Proveedores de Consentimiento Universal a proporcionar la información médica de mi hijo, incluyendo diagnóstico, registros de tratamiento, vacunas y/o resultados de laboratorio a los funcionarios escolares del CMSD, incluidos empleados y terceros, involucrados en la facilitación de las iniciativas de salud y bienestar estudiantil del Distrito, para el tratamiento, la remisión y/o la coordinación de atención. Para ayudar a coordinar la atención, también autorizo a CMSD a proporcionar una copia de información médica u otra información personal relevante dentro de los registros escolares de mi hijo a los Proveedores de Consentimiento Universal. Acepto permitir a los Proveedores de Consentimiento Universal el acceso a los registros académicos, de asistencia y de comportamiento individuales de mi hijo durante los años escolares actuales y anteriores para que puedan proporcionar mejores servicios a mi hijo.

Este permiso estará en vigor a partir de la fecha de mi firma y en cualquier momento mi hijo está inscrito en CMSD a menos que termine esta autorización por escrito.

Entiendo que mi consentimiento expreso (o en algunos casos, el consentimiento expreso de mi hijo) puede ser requerido para la divulgación de cierta información de diagnóstico y tratamiento relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, enfermedad mental, tratamiento psiquiátrico y/o tratamiento de abuso de drogas o alcohol. Si usted ha dado su consentimiento para que su hijo sea examinado, tratado o diagnosticado con cualquier lesión, enfermedad o enfermedad, los Proveedores de Consentimiento Universal están específicamente autorizados a divulgar información relacionada con dicho diagnóstico, prueba o tratamiento, según lo indicado en esta Autorización. Para los registros relacionados con el tratamiento de alcohol y drogas y/o servicios de adicción, la ley federal prohíbe a los beneficiarios hacer más divulgación de esta información a menos que la divulgación adicional sea expresamente consentida por escrito por la persona con la que se relaciona o según lo permita la ley federal; 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Nombre del estudiante:	FDN del estudiante:	Escuela del estudiante:
-------------------------------	----------------------------	--------------------------------

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, que lo hago por mi propia voluntad, y que, si me niego a firmar esta autorización para divulgar la información de mi hijo, no impedirá de ninguna manera que mi hijo reciba atención o tratamiento de los Proveedores de Consentimiento Universal. Entiendo que puedo terminar esta autorización por escrito en cualquier momento, antes de la divulgación de la información de mi hijo, aunque dicha terminación no afectaría la información publicada antes de la presentación de un aviso de terminación por escrito. También soy consciente de que existe la posibilidad de que la información divulgada bajo este consentimiento sea revelada por el destinatario y ya no esté protegida.

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad si mi hijo es un nuevo paciente para cualquiera de los Proveedores de Consentimiento Universal. Se me ha notificado que puedo solicitar una copia de los formularios del Aviso de Prácticas de Privacidad para cualquiera de los Proveedores de Consentimiento Universal en cualquiera de los sitios del programa de los Proveedores de Consentimiento Universal si mi hijo ha sido paciente del Proveedor de Consentimiento Universal en particular en el pasado. Sé que también puedo verlos en línea en los sitios web identificados en el Apéndice A.

YO, PADRE/TUTOR, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA Y OTRA INFORMACIÓN PERSONAL RELEVANTE DE MI HIJO AL PERSONAL DE SALUD ESCOLAR DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND Y A LOS PROVEEDORES DE CONSENTIMIENTO UNIVERSAL COMO SE DESCRIBIÓ ANTERIORMENTE.

YO, PADRE/TUTOR, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE CÓMO RECIBIR AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMO SE EXPLICA EN ESTE CONSENTIMIENTO.

ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO SEGUIRÁ SIENDO VÁLIDO MIENTRAS MI HIJO ESTÉ INSCRITO EN EL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND HASTA QUE TERMINE POR ESCRITO.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____

Nombre impreso del padre/tutor legal: _____

Relación con el Niño/Estudiante: _____

Fecha: _____

Apéndice A

Los Proveedores de Consentimiento Universal cubiertos por el Formulario de Consentimiento Universal de Servicios de Salud Suplementarios basados en la Escuela, junto con su información de contacto y el sitio web del Aviso de Prácticas de Privacidad se identifican a continuación:

Provider Name	The MetroHealth System
Phone Number	216-957-1303
Notice of Privacy Practices	http://www.metrohealth.org/upload/docs/main/Patient%20Visitor%20Information/VII-07BNoticeofPrivacyPractices.pdf

Provider Name	Care Alliance Health Center
Phone Number	216-535-9100
Notice of Privacy Practices	http://www.carealliance.org/wp-content/uploads/2016/05/Notice-of-Privacy-Practices-FY-2016.pdf

Provider Name	Positive Education Program
Phone Number	216-361-4400
Notice of Privacy Practices	https://pepcleve.org/wp-content/uploads/2020/12/Privacy-Practices.pdf

Provider Name	Beech Brook
Phone Number	216-831-2255
Notice of Privacy Practices	https://www.beechbrook.org/client-rights

Provider Name	Applewood Centers
Phone Number	216-459-9827
Notice of Privacy Practices	https://www.applewoodcenters.org/PrivacyPolicy

Provider Name	Neighborhood Family Practice
Phone Number	216-281-0872
Notice of Privacy Practices	https://www.nfpmedcenter.org/notice-of-privacy-practice

Provider Name	Ohio Guidestone
Phone Number	216-513-8073
Notice of Privacy Practices	https://jarvis.ohioguidestone.org/ogsvi/wp-content/uploads/2020/10/NOTICE-OF-PRIVACY-PRACTICES_OGSHealthPlan2020.pdf

Provider Name	Bellefaire
Phone Number	216-932-2800
Notice of Privacy Practices	https://www.bellefairejcb.org/ManagedFiles/PDF/privacy.pdf