



Registro para el Programa de Salud en las Escuelas

Para registrar a su hijo menor de edad en el Programa de Salud en las Escuelas de MetroHealth por favor rellene la parte frontal y posterior de este formulario y el formulario de consentimiento que se adjunta. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, póngase en contacto con la enfermera de la escuela del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland ("CMSD" por sus siglas en inglés) o llame al Programa de Salud en las Escuelas marcando el 216-957-1303.

Información sobre el paciente:

Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____

Dirección del estudiante: _____

Sexo del estudiante (encerrar en un círculo): M o F Fecha de nacimiento: _____

No. de Seguro Social del estudiante: _____

Nombre de la escuela del estudiante: _____

Raza (encerrar en un círculo): Blanco Negro Asiático Otros: _____

Hispano (encerrar en un círculo): SÍ o NO

Médico de Cabecera (PCP): _____

Lugar donde visita a su médico de cabecera (encerrar en un círculo):

MetroHealth UH/RBC Cleveland Clinic Otro: _____

Información sobre el tutor legal:

Apellido del tutor: _____ Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento del tutor: _____ No. de Seguro Social del tutor: _____

Empleador: _____ No. de teléfono del empleador: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Encerrar en un círculo el teléfono de preferencia: Teléfono 1 ó Teléfono 2

Información sobre seguro médico: (Si lo rellena completamente no tendremos que hacer copia de su seguro médico)

El estudiante tiene seguro médico (encerrar en un círculo): SÍ o NO

Nombre del seguro médico: _____ Nombre del asegurado: _____

Grupo No.: _____ ID# del asegurado: _____

Información de contacto para casos de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

No. de teléfono: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? SÍ o NO

Nombre a la persona que tiene su autorización para tener acceso a la información médica de su hijo(a):

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco con el menor: _____

Historial médico del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Historial médico del paciente (marque todos los que correspondan)

Asma	Cáncer/Leucemia	eccema /Problemas de la piel
Migraña	Nacimiento prematuro	anemia falciforme
Vejiga/Problemas urinarios	Problemas de salud mental	Neumonía
Enfermedad de los riñones	Enfermedades de la columna vertebral	Anteojos/Lentes de contacto
Problemas de la sangre	Diabetes	Audífonos
Problemas intestinales/ Estreñimiento	Convulsiones	

Otros: _____

Medicamentos que está tomando su hijo(a)

¿Está tomando su hijo(a) algún medicamento? SÍ / NO

Si marcó SÍ, escriba los nombres de los medicamentos indicando la cantidad y con qué frecuencia los toma:

¿Tomará su hijo(a) algún medicamento en la escuela? _____

Alergias: ¿Comidas? SÍ / NO ¿Medicamento? SÍ / NO ¿Otros? SÍ / NO

Si marcó sí, escriba a qué tiene alergia _____

¿Si tiene alergias, necesitará un estuche de epinefrina (“Epi-pen”)? SÍ / NO

¿Usa inhalador?: SÍ / NO Nombre del inhalado(es) _____

¿Usa nebulizador? SÍ / NO Nombre del medicamento(s) _____

¿Usará en la escuela? SÍ / NO

¿Estuvo alguna vez internado en un hospital SÍ / NO Tuvo alguna vez una cirugía? SÍ / NO ¿Cuántas veces fue a la sala de emergencia el año pasado? _____

¿Por qué motivo? _____

Historial médico familiar (marque todos los que corresponden y quien lo padece – padres biológicos, abuelos, hermanos(as), vivos o fallecidos)

Anemia	SIDA/VIH	Presión alta	Enfermedad cardíaca
Diabetes	Colesterol alto	Asma	Anemia falciforme
Dolor de cabeza	Artritis	Derrame cerebral	Abuso de drogas
Síndrome de muerte infantil súbita	Cáncer	Alcoholismo	Tuberculosis / TB
			Convulsiones

Historial social

¿Está expuesto al humo de tabaco en la casa? SÍ / NO

¿Quiénes viven en su casa? _____

Nombre de la escuela: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

THE METROHEALTH SYSTEM Y NEIGHBORHOOD FAMILY PRACTICE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD EN LAS ESCUELAS

Yo, _____, (el “padre/madre o tutor legal del estudiante”¹), en cuanto a mi hijo(a), _____ (nombre del “estudiante/menor”), que participa en los Programas de Salud en las Escuelas, acepto lo siguiente:

El propósito de este formulario de consentimiento es el permitir que los padres/tutores/menores de edad emancipados/estudiantes mayores de 18 años de edad:

- (1) den su consentimiento informado para que el estudiante participe y reciba tratamiento médico por parte de médicos de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice o por profesionales del cuidado de la salud a través del Programa de Salud en las Escuelas;
- (2) acepten responsabilidad del pago por cargos y honorarios que no estén cubiertos por el seguro;
- (3) inscriban al estudiante menor de edad en las clases de nutrición y acondicionamiento físico facilitadas por el Centro de Salud Pediátrico de MetroHealth, durante o después de las horas de clases; y
- (4) autoricen la revelación de la información médica protegida (“PHI”) del estudiante menor de edad que se encuentre en The MetroHealth System (MetroHealth) y/o Neighborhood Family Practice y lo revelen a las enfermeras de las escuelas del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland.

1. Consentimiento Informado para Tratamiento o Procedimiento Médico

El Padre/Madre/Tutor Legal da su consentimiento para que su hijo(a)/estudiante menor de edad reciba los servicios médicos necesarios y/o recomendados por el personal médico de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice o por profesionales del cuidado de la salud que prestan servicios a través del Programa de Salud en las Escuelas y que se proveen a través de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice. Los tratamientos médicos pueden incluir, pero no están limitados a, exámenes físicos e inmunizaciones, pruebas de laboratorio de rutina, cuidado de enfermedades y lesiones críticas, medicamentos bajo receta médica, cuidado en la prevención de condiciones físicas comunes en niños y adolescentes (peso, acné, problemas con la menstruación), cuidado de ciertas condiciones crónicas (tales como el asma, las convulsiones y la diabetes), pruebas de embarazo, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, prevención, educación y consejos sobre drogas y alcohol, asesoramientos de salud mental y citas médicas de control, tal como sea necesario.

2. Acuerdo de Responsabilidad Financiera

Si corresponde, MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice facturará a la compañía(s) de seguro médico de su hijo(a) por los cargos y honorarios cubiertos por el plan de seguro médico de su hijo(a). El Padre/Madre/Tutor Legal acepta suministrar información completa, correcta y oportuna con relación al seguro médico disponible para que MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice pueda recibir pago por los servicios prestados de manera oportuna. El Padre/Madre/Tutor Legal entiende que si no facilita la información de cobertura de seguros de salud de manera completa, correcta y oportuna, incluyendo cualquier cambio en el seguro médico, podría impedir al proveedor de servicios médicos a que cumpla con las regulaciones administrativas del seguro médico de su hijo(a). El Padre/Madre/Tutor Legal entiende que, bajo pedido, puede conseguir de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice una lista de los cargos normales, acostumbrados y razonables.

3. Participación en las Clases de Nutrición y Acondicionamiento Físico – PROGRAMA DE METROHEALTH SOLAMENTE

Si su hijo(a) es alumno de una de las escuelas que recibe servicios de MetroHealth, el Padre/Madre/Tutor Legal acepta inscribir a su hijo(a) en clases adicionales de nutrición y acondicionamiento físico, durante las horas de clases o después de las horas de clases, para ayudar a que su hijo(a) mantenga o consiga un peso y un estilo de vida saludables.

YO, PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y QUE HE RECIBIDO LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, INCLUYENDO EL PROCESO DE QUEJAS Y AGRAVIOS.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

[VAYA A LA PÁGINA DE ATRÁS DE ESTA HOJA – SE NECESITA OTRA FIRMA]

¹ Los términos “Padre/Madre/Tutor Legal” que se utilizan en este formulario corresponden a los siguientes grupos: padres/tutores legales/menores de edad emancipados que firman por sí mismo/estudiantes mayores de 18 años de edad que firman por sí mismo.

[Type here]

4. Autorización para Revelar Información Médica Protegida (“PHI”)

Yo, autorizo a MetroHealth y a Neighborhood Family Practice que entregue la información médica de mi hijo(a), incluyendo diagnósticos, expedientes médicos de tratamientos, inmunizaciones y resultados de los análisis de laboratorio a las enfermeras de las escuelas del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland para que puedan coordinar los tratamientos, recomendar especialistas y dar cuidado médico. Para ayudar a coordinar el cuidado médico, MetroHealth y Neighborhood Family Practice podrán recibir y copiar la información médica de su hijo(a) con la ayuda de las enfermeras de las escuelas del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland.

Esta autorización expira en el momento en que su hijo(a) deje de ser un estudiante del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland o cuando se cancele la autorización por escrito.

Entiendo que mi consentimiento expreso podría ser necesario para revelar información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, VIH, trastornos mentales, tratamientos psiquiátricos y tratamientos por el abuso del uso de drogas y alcohol. Si su hijo(a) se ha sometido a pruebas, ha sido tratado o diagnosticado de cualquiera de tales lesiones, enfermedades o trastornos, MetroHealth y Neighborhood Family Practice están específicamente autorizados a revelar información de tales diagnósticos, pruebas o tratamientos, tal como se indica en este documento de autorización.

En cuanto a los expedientes médicos relacionados con el tratamiento por abuso de alcohol y drogas, la ley federal prohíbe al receptor divulgar esa información a no ser que exista un consentimiento adicional, expreso y por escrito emitido por la persona a quien pertenece dicha información o como lo permita la ley federal.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, que si lo firmo lo hago por voluntad propia y que si me niego a firmar esta autorización para revelar la información médica protegida (“PHI”) de mi hijo(a), ello no impedirá que la persona participante reciba cuidado o tratamiento médico de parte de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, haciéndolo por escrito, antes de que liberen la información médica protegida (“PHI”) de mi hijo(a).

5. Aviso de Privacidad Reconocimiento de Prácticas

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad si mi hijo es un nuevo paciente en el Sistema MetroHealth y / o Barrio práctica de la familia. Se me ha notificado que puedo solicitar una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad formas para el sistema MetroHealth y / o Barrio medicina familiar en cualquiera de los sitios del Programa de Salud de la Escuela si mi hijo ha sido un paciente en el Sistema MetroHealth y / o barrio práctica de la familia en el pasado. Yo sé que yo también puedo verlos en línea:

The MetroHealth System:

<http://www.metrohealth.org/upload/docs/main/Patient%20Visitor%20Information/VII-07BNoticeofPrivacyPractices.pdf>

Neighborhood Family Practice:

<http://www.nfpmedcenter.org/media/documents/Notice%20of%20Privacy%20Practices%2003-%202013.pdf>

YO, PADRE / TUTOR, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR LA PHI Y CONFORMIDAD PARA LA LIBERACIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL DISTRITO ESCOLAR PHI A CLEVELAND METROPOLITAN ESCUELA DE MI HIJO. YO, PADRE / TUTOR, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO EL AVISO DE NORMAS DE PRIVACIDAD O INFORMACIÓN ACERCA DE CÓMO RECIBIR NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD COMO SE EXPLICA EN ESTE CONSENTIMIENTO.

ESTE DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ VÁLIDO MIENTRAS EL ESTUDIANTE ESTÉ INCRIPTO EN UNA DE LAS ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND O HASTA QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal (con letra de molde): _____

Parentesco con el estudiante: _____

Fecha: _____

¹ Los términos “Padre/Madre/Tutor Legal” que se utilizan en este formulario corresponden a los siguientes grupos: padres/tutores legales/menores de edad emancipados que firman por sí mismo/estudiantes mayores de 18 años de edad que firman por sí mismo.