



**POR FAVOR DEVUELVA EL PAQUETE A LA ENFERMERA DE SU ESCUELA DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND (“CMSD”)**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estimados padres o tutores:

Uno de los programas que se ofrecen a su hijo(a) en la escuela este año es el Programa de Salud en las Escuelas de MetroHealth. Este interesante programa, tanto para su hijo(a) como para la escuela, ayudará a su hijo(a) a mantenerse sano y en las aulas.

Entre los servicios de la Clínica del Programa de Salud en las Escuelas se incluyen:

- Exámenes físicos para deportes, la escuela y trabajo
- Inmunizaciones
- Cuidado de enfermedades y lesiones críticas
- Cuidado en la prevención de condiciones físicas comunes (asma, diabetes, etc.)
- Control médico del estudiante sano
- Problemas de salud de los adolescente
- Evaluación de la salud mental y del comportamiento y recomendación a servicios médicos en la escuela
- Exámenes básicos de laboratorio

Los servicios de la Clínica del Programa de Salud en las Escuelas que se ofrecen en la escuela que acude su hijo(a) son gratuitos. Puede ser que se facture a la compañía de seguro médico, pero nunca al estudiante o a sus familiares.

**Si usted quiere que su hijo(a) pueda usar los servicios de la clínica en la escuela:**

1. Rellene el formulario de inscripción del Programa de Salud en las Escuelas (en la parte de adelante y de atrás)
2. Firme el Formulario de Consentimiento del Programas de Salud en las Escuelas (en la parte de adelante y de atrás)
3. Firme el formulario de inmunizaciones
4. Devuelva todos los formularios en este paquete a la enfermera de su escuela del Distrito Escolar Metropolitano de Cleveland (CMSD por su sigla en inglés)

**Devuelva este paquete a la enfermera de su escuela del sistema de “CMSD.” Si tiene alguna pregunta sobre el programa, hable con la enfermera de su escuela o llame al Programa de Salud en las Escuelas marcando el 216-957-1303.**

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE PAQUETE A LA ENFERMERA DE SU ESCUELA DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND (“CMSD”)**



## Registro para el Programa de Salud en las Escuelas

Para registrar a su hijo menor de edad o adolescente en el Programa de Salud en las Escuelas:

1. Rellene la parte frontal y posterior de este formulario y el formulario de consentimiento que se adjunta
2. Por favor use tinta azul o negra
3. Si tiene alguna pregunta, 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 estudiante/paciente		
Apellido:		Primer nombre:
Fecha de nacimiento:	Sexo (encerrar en un círculo): Femenino o Masculino	Seguro Social #:
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Código Postal:	No. de teléfono:
Nombre de la escuela:		
Lengua de preferencia:	¿Se considera usted hispano(a)? (encerrar en un círculo) Yes o No	
Raza (encerrar en un círculo): Indio americano/Nativo de Alaska    Asiático    Nativo americano/Islas del Pacífico Caucásico    Afroamericano    No deseo responder    Otros:		
Nombre de su médico de cabecera (PCP):		
Lugar donde visita a su médico de cabecera o PCP (encerrar en un círculo): MetroHealth    UH/Rainbow Babies and Children    Cleveland Clinic    Otro:		
Información sobre el Tutor Legal		
Apellido:		Primer nombre:
Fecha de nacimiento:	Seguro Social #:	
No. teléf. de la casa:	No. teléf. celular:	
Empleador:	No. teléf.del empleador:	
Información sobre el seguro médico del estudiante/paciente		
Hijo(a)/Adolescente tiene seguro médico (encerrar en un círculo):    Sí    o    No		
Nombre del seguro médico:	Nombre de 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	

# Registro para el Programa de Salud en las Escuelas

## Historial médico del estudiante

<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-------------------------------	-----------------------------

### 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 el paciente/estudiante (vitaminas, inhaladores, medicamentos bajo receta médica, otros)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad	Cuantas veces al día

### Nombre de la farmacia de preferencia:

Dirección:	No. de teléfono:
------------	------------------

### Alergias que tiene el paciente/estudiante

<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> – Indicar los tipos de alergia más abajo:	<input type="checkbox"/> <b>NO ALEGIAS QUE SE CONOZCA</b>
Alimentos:	
Medicamentos:	
Insectos:	
Temporada:	
Animales:	

### Historial de hospitalizaciones/cirugías del paciente

Hospitalizado: Sí o No	Explicar:
Cirugías: Sí o No	Explicar:
Visitas a la sala de emergencia el año pasado: Sí o No	Cuántas veces:

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

Anemia	Presión alta	
Síndrome de muerte infantil súbita (SIDS)	Asma	
Dolor de cabeza	Derrame cerebral	
Diabetes	Alcoholismo/Drogadicción	
SIDA/VIH	Cáncer	
Artritis	Colesterol alto	
Enfermedad cardíaca	Convulsiones	
Problemas de salud mental	Tuberculosis / TB	
	Otros (escriba)	

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**THE METROHEALTH SYSTEM, NEIGHBORHOOD FAMILY PRACTICE Y  
CARE ALLIANCE HEALTH CENTER**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS  
PROGRAMAS DE SALUD EN LAS ESCUELAS**

Yo, \_\_\_\_\_, (el “padre/madre o tutor legal del estudiante”<sup>1</sup>), 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 y/o Care Alliance Health Center 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 a su hijo(a) 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”) de su hijo(a) que se encuentre en The MetroHealth System (MetroHealth) y/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center 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) reciba los servicios médicos necesarios y/o recomendados por el personal médico de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center 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 y/o Care Alliance Health Center. 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 y/o Care Alliance Health Center 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 y/o Care Alliance Health Center 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 y/o Care Alliance Health Center 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 INFORMACIÓN SOBRE 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]**

\_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

Yo, autorizo a MetroHealth y/o a Neighborhood Family Practice y/o a Care Alliance Health Center que entregue la información médica de mi hijo(a), incluyendo diagnósticos, expedientes médicos de tratamientos, inmunizaciones y/o 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/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center 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/o 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/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center 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 y/o Care Alliance Health Center. 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. Confirmación de haber recibido el Aviso sobre la Política de Privacidad

He recibido una copia del Aviso sobre la Política de Privacidad porque mi hijo(a) es un paciente nuevo de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center. He sido notificado que puedo pedir una copia del Aviso sobre la Política de Privacidad de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center en cualquiera de los locales del Programa de Salud en las Escuelas si mi hijo(a) ha sido paciente de MetroHealth y/o Neighborhood Family Practice y/o Care Alliance Health Center. También sé que puedo tener acceso al aviso vía Internet.

##### **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/Privacy%20Practices%20-%20English.pdf>

##### **Care Alliance Health Center**

<http://www.carealliance.org/wp-content/uploads/2016/05/Notice-of-Privacy-Practices-FY-2016.pdf>

YO, PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN QUE SE UTILIZA PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (“PHI”) DE MI HIJO(A) A LAS ENFERMERAS DE LAS ESCUELAS DEL DISTRITO ESCOLAR METROPOLITANO DE CLEVELAND.

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. YO, PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL, CONFIRMO QUE HE RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE LA MANERA DE RECIBIR EL AVISO SOBRE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD TAL COMO SE EXPLICA EN ESTE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal (*con letra de molde*): \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Fecha:

Escuela:

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Estimados padres y tutores:

Ustedes ya han aprobado que su hijo(a) reciba servicios a través del Programa de Salud en las Escuelas en MetroHealth, incluyendo inmunizaciones. La enfermera y el equipo del Programa de Salud en las Escuelas evaluarán los registros de su hijo(a) para determinar qué tipo de vacuna él/ella aún necesita aplicarse. Si su hijo(a) tiene todas las vacunas necesarias, por favor entréguele una copia del registro de inmunizaciones a la enfermera de la escuela.

Por favor encierre en un **CÍRCULO** la vacuna(s) que **NO QUIERE** que su hijo(a) reciba.

**Vacunas que se requieren**

- DTap (Difteria, Tétano, Tos Ferina)
- Tdap (Tétano, Difteria, Tos Ferina)
- Td (Tétano, Difteria)
- Polio
- MMR (Sarampión, Paperas, Rubéola)
- Hepatitis B
- Varicela
- Infecciones meningocócicas (Meningitis)

Hay otras vacunas, aunque no son de requisito para las escuelas, son muy recomendadas para los niños.

**Vacunas que se recomiendan**

- Virus del Papiloma Humano (HPV)
- Hepatitis A
- Meningocócica B (Hombres B)
- Influenza (Gripe)

Por favor visite <http://www.immunize.org/vis/> para encontrar información sobre cada vacuna con sus riesgos y beneficios.

Después de la visita a la clínica, su hijo le llevará un resumen de la cita médica (“AVS”) con un registro actualizado de las vacunas

*Firmando más abajo, declaro que he leído la información de consentimiento sobre las vacunas y que doy mi consentimiento para que el estudiante cuyo nombre aparece más arriba reciba esta(s) vacuna(s), excepto las vacunas que están encerradas en un círculo más arriba.*

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escriba el nombre completo con letra de molde \_\_\_\_\_

**Por favor, devuelva este formulario a la enfermera de su escuela conjuntamente con el Paquete de Registro para el Programa de Salud en las Escuelas**