**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD**

**Página 1 de 3**

**PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR**

**Formulario de consentimiento para padres/tutores**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** | **INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL** |
| **Apellido**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Primer nombre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Dirección**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ciudad Estado Código postal*  **Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Mes Día Año*  **Sexo**: ❑ Masculino ❑ Femenino  ❑ Varón Transexual ❑ Mujer Transexual  ❑ No Identificado Con Ningún Sexo-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Raza/origen étnico**: ❑ Hispano ❑ Negro ❑ Blanco  ❑ Indígena estadounidense ❑ Asiático/proveniente de las islas del Pacífico  ❑ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Idioma preferido**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Grado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Madre**  Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Primer nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número(s) de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Padre**  Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número(s) de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tutor legal, si corresponde**  Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación del tutor legal con el estudiante:  ❑ Abuelo/a ❑ Tía/o ❑ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número(s) de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Contacto de emergencia adicional**  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de teléfono particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD** | |
| **Favor de marcar el/los tipo(s) de seguro de salud médica que tiene su hijo: ¿Asistencia Médica? \_\_\_\_\_\_**  **¿Seguro Privado? \_\_\_\_\_\_ ¿No tiene seguro de salud médica? \_\_\_\_\_\_**  Si tienen Asistencia Médica, favor de proporcionar la siguiente información**.**  **# de Asistencia Médica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Suscriptor/ID de Miembro/ o # de Expediente Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Si su hijo recibe servicios médicos a través de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO) marque la casilla correspondiente a continuación:**  ❑ AMERIGROUP ❑ Maryland Physicians Care ❑ Riverside ❑ Jai ❑ Medstar ❑ United Healthcare-Community Plan  ❑ Kaiser Permanente ❑ Priority Partners  **Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿desea que el personal del Departmento de Salud del Condado de Howard se comunique con usted para inscribirlo en un seguro de salud? ❑ No   ❑ Sí**  **Dé vuelta esta página, lea, firme e incluya la fecha.** | |

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD**

**PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR**

**Página 2 de 3**

**Formulario de consentimiento para padres**

**Nombre del niño: Escuela:**

|  |
| --- |
| **SERVICIOS DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR** |
| Otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud certificados por el estado del programa del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard. Comprendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas de servicios específicas de acuerdo con la ley, y que se alentará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores legales en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios del centro de bienestar escolar incluyen, entre otros, los siguientes:   * Evaluación médica y exámenes físicos integrales (exámenes médicos completos) incluidos los exámenes para Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para la escuela y los deportes * Análisis básicos de laboratorio recetados por un médico que pueden incluir una punción en una vena y análisis de otros líquidos corporales, como orina y secreciones de heridas o de la garganta, para detectar afecciones que incluyen anemia, infección de garganta por estreptococos, y diabetes * Atención médica y tratamiento, incluido el diagnóstico de afecciones y enfermedades crónicas y agudas, y el suministro y la receta de medicamentos. * Servicios de salud mental, incluidos evaluación, diagnóstico, tratamiento y derivaciones, si son proporcionadas en el Centro de bienestar * Derivaciones para servicios no proporcionados en el Centro de bienestar escolar * Cuestionario/encuesta de salud anual y educación para la salud y asesoramiento sobre prevención de riesgos   **X­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del padre/de la madre/del tutor legal Fecha** |

|  |
| --- |
| **HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**  **DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD**  **CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA**  Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información médica para que el Centro de bienestar del Departamento de Salud del condado de Howard se comunique con otros proveedores que han examinado a mi hijo para divulgar toda información médica o de otro tipo que ayude en el cuidado de la salud de mi hijo. Es posible que la divulgación de esta información esté protegida por la ley estatal y la ley federal sobre privacidad.  Al firmar este consentimiento, autorizo a que se proporcione información médica al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard, ya sea porque lo exige la ley o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si yo lo solicito, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberá proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen determinada información a la escuela, como un certificado de constancia de vacunación. No proporcionar esta información podría ocasionar que el estudiante sea excluido de la escuela.  Se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Comprendo que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al Centro de bienestar escolar. No obstante, después de que se haya hecho la divulgación, no es posible revocarla retroactivamente para cubrir información divulgada antes de su revocación.  **Otorgo mi consentimiento para la divulgación de la información médica descrita a continuación, del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard y del Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard al Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard, para cumplir los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la seguridad y la salud de mi hijo. Comprendo que esta información seguirá siendo confidencial conforme a las reglamentaciones federales y estatales sobre confidencialidad:**  **Información requerida por el sistema escolar o legal: Información para proteger la salud y la seguridad**:  - Examen del nuevo ingresante - Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia  - Registro de vacunación - Afecciones mentales incluidas evaluaciones, diagnóstico, tratamiento  - Resultados de exámenes de la vista y audición - Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (no incluye el VIH)  - Resultados de la prueba de la tuberculina Infección/infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros servicios confidenciales protegidos por ley) - Afecciones que limitan las actividades diarias de un estudiante  - Cobertura del seguro de salud  **CONSENTIMIENTO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL, ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**  Yo, quien suscribe, otorgo voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por el proveedor y el personal del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard (Howard County Health Department School Based Wellness Center, HCHD SBWC). También otorgo voluntariamente mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica protegida de mi hijo para el tratamiento, el pago y las operaciones y cualquier otro fin permitido en virtud de la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) sin una autorización por escrito. Autorizo el pago directo a HCHD por los servicios para los que HCHD acepta asignación. Es posible que se use una copia de este acuerdo en lugar del original. Certifico que la información que aparece en este formulario es correcta.  **X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del padre/de la madre/del tutor legal Fecha**  Período durante el que se autoriza la divulgación de la información:  **De**: Fecha en la que se firma el formulario **Para**: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de bienestar escolar |