

2018-2019 CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

SITIO #: \_\_\_\_\_ PROFESOR DEL SALON: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_ HISPANO(A)  Si  No
NOMBRE DEL NIÑO(A) \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RAZA:  MASCULINO  FEMENINO
DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_
NUMERO DE NUMERO SEGURO SOCIAL DEL NIÑO: \_\_\_\_\_ KY MEDICAID ID # (si aplica): \_\_\_\_\_
HAY FUMA ALREDEDOR DE SUS NINOS?  SI  NO ¿TIENE SU HIJO UN IEP O PLAN 504?  SI  NO
NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE ENCARGA DE NINO(A) \_\_\_\_\_ EL IDIOMA/ LOS IDIOMAS HABLADO EN LA CASA: \_\_\_\_\_
NUMERO DE TELEFONO DE: CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR#: \_\_\_\_\_ TRABAJO# \_\_\_\_\_
CONTACTO DE EMERGENCIA (otro de los padres): \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_
NUMERO DE TELEFONO DE: CASA: \_\_\_\_\_ CELULAR#: \_\_\_\_\_ TRABAJO# \_\_\_\_\_
DOCTOR DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ TELEFONO #: \_\_\_\_\_
DENTISTA DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ TELEFONO#: \_\_\_\_\_

EL ESTUDIANTE TIENE:  CONVULSIONES  DIABETES  ENFERMEDAD CRONICA \_\_\_\_\_
( Agregar una hoja separada para espacio adicional)
ALLERGIAS/ASMA (comida, insectos, medicina, tinte, otros) \_\_\_\_\_
(Si tiene alergias, por favor llene el reverse de la pagina)

MEDICAMENTOS ACTUALES: \_\_\_\_\_
HISTORIA MEDICA/SOCIAL SIGNIFICATIVA (Incluyendo lesiones) \_\_\_\_\_
( Agregar una hoja separada para espacio adicional)

HISTORIA MEDICA FAMILIAR SIGNIFICATIVA  Hipertensión  Colesterol Alto  Diabetes  Otros \_\_\_\_\_

Por favor marque cuál de las medicaciones siguientes permitirá que su hijo sea dado por la enfermera escolar y cuanto medicina si es necesario. Las dosis no especificadas se calcularan de acuerdo a la edad y el peso del niño(a), de acuerdo con la orden del director medico del Departamento de Salud de Barren River District (BRDHD)

- Acetaminofen (Tylenol)  Ibuprofen (Advil/Motrin)  Jarabe para la tos  Pastillas para la tos
 Antiacido(Tums)  Medicina para la Nausea (Emetrol)  Aloe Vera (para quemaduras)  Orajel
 Claritin (Loratidine – para alergias)  Pantalla solar (cuando esté disponible)  Calamina, Locion (Cuando esté disponible)
 Bacitracin (antibiotico) Unguento  Hidrocortisona Crema (para irritaciones de la piel)

Instrucciones Adicionales: \_\_\_\_\_

SI ESTA INFORMACION CAMBIA , POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ENFERMERA DE SU ESCUELA INMEDIATAMENTE

CONSENTIMIENTO Y ASIGNACION DE BENEFICIOS (Válido para el año escolar mencionado)
Certifico que mis respuestas son correctas a mi leal saber y entender. Por mi propia voluntad, autorizo cuidados que pueden incluir tamizajes como visión, audición y escoliosis, examen fisico, tratamiento, primeros auxilios, medicinas de venta libre según lo he indicado arriba, y cualquier otro servicio dado a mi hijo(a) por empleados o agentes del Departamento de Salud de Barren River District. Entiendo que no se me han dado garantías sobre el efecto de estos exámenes y tratamientos en mi niño(a). De igual manera exonero a los proveedores de responsabilidad relacionada con la administración de los medicamentos listados arriba siempre y cuando dicha administración sea realizada de acuerdo con las instrucciones listadas. Entiendo que mi niño(a) puede ser examinado(a) para infección por HIV, Hepatitis B, u otras enfermedades transmitidas por la sangre o fluidos corporales o tejido. Autorizo a la clínica de salud de la escuela a suelte y acepte información medico relacionada con la salud de mi niño(a) según lo permitido por la Ley De Portabilidad Y Responsabilidad Del Seguro De Salud de 1996 (HIPAA), a su proveedor primario de salud y a compartir información medica pertinente (historia de alergias, o historia médica significativa) con personal de la escuela que pueda necesitar brindarle atención a mi niño(a) en caso de emergencia. Yo también doy permiso para el personal escolar de dispensario de salud a ver mi Plan Individual de la Educación de niño (IEP). Más aun, entiendo que la información obtenida durante el examen fisico de ingreso e información sobre la vacunación de mi niño(a), le será dada a su escuela. Solicito que los pagos autorizados por los beneficios de mi seguro de salud sean hechos en mi nombre a favor del Departamento de Salud de Barren River District por servicios prestados a mi niño(a). También autorizo al departamento de salud local a dar información médica sobre la salud de mi niño(a) a Medicaid/KCHIP para determinar pago por servicios. Así mismo, entiendo que al firmar esta autorización, reconozco que he recibido copia del Aviso de Privacidad del Departamento de Salud de Barren River District.

He leído este documento y entiendo los ítems listados arriba y como se me aplican. La firma abajo indica que consiento, autorizo y declaro según lo antedicho.

\_\_\_\_\_

(Firma del Padre/Guardián)

(Nombre del Padre /Guardián)

(Fecha de la Firma)

2018-2019 CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR

CF-1 BRDHD 02/2018