



Centro Escolar de Salud Formulario de consentimiento

Brindo mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba servicios de salud, incluyendo servicios de salud mental si fuera apropiado o necesario, en el Student Health Center ("Centro de Salud Estudiantil") de su escuela.

Autorizo a un asistente de médico o enfermera practicante y a otros profesionales de la salud designados a proveer los exámenes, análisis médicos, evaluaciones, evaluaciones de diagnóstico, asesoramiento individual y gestión de la atención de la salud que sean necesarios para mi hijo según las leyes de la Commonwealth of Massachusetts. Autorizo el uso y entrega de la información médica protegida de mi hijo por el Centro de Salud Estudiantil con el propósito de tratamiento, pago, operaciones de atención de la salud y otros usos permitidos bajo las Normas de Privacidad de la HIPAA. Autorizo al médico de cabecera de mi hijo a compartir información clínica, según sea apropiado, con el personal del Centro de Salud Estudiantil para apoyar el tratamiento de mi hijo y brindo permiso al personal del Centro de Salud Estudiantil a compartir información con el médico de cabecera según sea apropiado. Autorizo cualquier derivación al médico de cabecera de mi hijo para que reciba la atención de la salud que no pueda brindarse en el sitio. Entiendo que los registros del Centro de Salud Estudiantil, incluyendo los registros de salud mental, estarán cerrados con cerrojo y tratado como registros médicos confidenciales, distintos que los registros escolares. También entiendo que podría solicitar la entrega de la información médica de mi hijo en cualquier momento.

Entiendo que puedo, en cualquier momento durante la inscripción de mi hijo en su escuela, cancelar este consentimiento. Caso contrario, tendrá vigencia durante la duración de la inscripción de mi hijo en la escuela. Autorizo la entrega de información que se incluye en este formulario al Departamento de Salud Pública de Massachusetts con el propósito de determinar la elegibilidad de mi niño para participar en programas de seguro de salud financiados públicamente.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: N.º de Calle/Apto.: _____ Código postal: _____
Número de teléfono del domicilio: _____ N.º de SS: _____
Nombre del padre o tutor legal: _____
Dirección del padre o tutor legal (si es diferente a la del estudiante): _____ Código postal: _____
N.º de teléfono del padre o tutor legal: _____ N.º en su trabajo: _____ N.º celular: _____
Dirección electrónica del padre (opcional para enviar información periódica sobre el centro de salud): _____
Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Información del seguro (Complete A, B o C)

A. Seguro privado

Compañía del seguro médico: _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

B. Mass Health/Medicaid: N.º de Ident. de Medicaid: _____

C. Sin seguro (marque aquí): _____

¿Tiene este estudiante un médico o clínica que lo atiende con regularidad? _____ Sí _____ No

Si respondió sí, nombre del proveedor médico: _____ Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ N.º de teléfono: _____