

Centro de salud escolar Consentimiento para recibir servicios médicos

Servicios prestados

El cliente tiene derecho a rechazar o retrasar el tratamiento, a menos que exista intención de dañarse a sí mismo o a otros. Se requiere el consentimiento de los padres para proporcionar los siguientes servicios a pacientes menores de 18 años:

- Asesoramiento en salud mental/evaluación psicosocial y derivación (de 14 a 17 años si reciben más de 12 sesiones o 4 meses como servicio confidencial).
- Exámenes de mantenimiento de la salud/Cuidados preventivos para niños/Evaluaciones de riesgo.
- Exámenes físicos o evaluación, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (EPSDT) para la escuela, deportes, campamentos y trabajo.
- Tratamiento de enfermedades y lesiones agudas y crónicas.
- Servicios de telesalud.
- Evaluaciones de la vista, de la audición o de diagnóstico y seguimiento.
- Evaluaciones bucales/dentales y seguimiento. Vacunas.
- Pruebas y servicios de laboratorio básicos.
- Administración de medicamentos.
- Educación para la salud individual, grupal, familiar y comunitaria.
- Derivaciones para servicios especializados. La ley de Michigan permite servicios confidenciales a menores de 12 años o más.

No se requiere el consentimiento de los padres para lo siguiente:

- Pruebas/servicios de embarazo, derivaciones para anticonceptivos.
- Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, tratamiento/asesoramiento, análisis.
- Asesoramiento sobre VIH, análisis, tratamientos y derivaciones.
- Educación, asesoramiento y derivaciones sobre abuso de sustancias.
- Evaluación, asesoramiento y derivaciones de salud mental y psicosocial (el niño debe ser mayor de 14 años para dar su consentimiento); hasta 12 sesiones o 4 meses de atención (lo que ocurra primero).

Servicios NO prestados

De conformidad con la ley de Michigan:

- No se entregan ni recetan píldoras ni dispositivos anticonceptivos en las instalaciones de la escuela.
- No se proporciona asesoramiento, no se realizan derivaciones ni se prestan servicios relacionados con el aborto.

Consentimiento del padre/de la madre/del tutor legal

Doy mi consentimiento para lo siguiente:

- El estudiante que se menciona arriba puede recibir todos los servicios que se indican arriba en los Centros de salud del niño y el adolescente.
- El intercambio de información sobre atención médica entre los Centros de salud del niño y el adolescente y el médico de atención primaria del estudiante y otros proveedores de atención médica establecidos, para la continuidad y la coordinación de la atención, de conformidad con las leyes estatales y federales.
- La entrega de información sobre tratamiento a terceros pagadores u otras personas, a los efectos de recibir el pago por los servicios.
- En determinadas situaciones, la provisión de atención podría incluir telemedicina:
 - Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se usará la tecnología de videoconferencias para realizar una consulta. Comprendo que esta consulta no será igual que una visita directa entre el paciente y el proveedor de atención médica, ya que no estaré en la misma sala que mi proveedor de atención médica.
 - Comprendo que esta tecnología implica posibles riesgos, que incluyen interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Comprendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
 - Comprendo que, durante la consulta, también podrían estar presentes otras personas que no sean mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica a cargo de la consulta para operar el equipo de video. También comprendo que se me informará sobre su presencia en la consulta y, en consecuencia, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mis antecedentes médicos/examen físico que sean delicados para mí en lo personal; (2) pedir que el personal no médico se retire de la sala de exámenes de telemedicina; y/o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.

Al firmar este formulario de consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre y/o el tutor legal que tiene la tutela del estudiante que se menciona arriba, y que la información del seguro está actualizada y es correcta. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento o negarme a recibir servicios proporcionando un aviso por escrito al centro de salud en cualquier momento (la notificación de retiro se puede escribir directamente en este formulario de consentimiento).

Además, al marcar cada casillero a continuación, doy mi consentimiento para lo siguiente:

- ☐ El estudiante que se menciona arriba puede recibir evaluación, pruebas y tratamiento de COVID-19 en el Centro de salud escolar. Los resultados de las pruebas de COVID-19 que se hayan realizado todos los estudiantes en el Centro de salud escolar se comunicarán al padre/a la madre/al tutor legal y a la administración de la escuela antes del regreso a la escuela. Comprendo que los resultados positivos de estas pruebas se deben informar al Departamento de Salud del Condado de Oakland.
- ☐ Vacunas: Comprendo que se revisarán los registros de vacunas de mi hijo del Registro de Vacunas Infantiles de Michigan (MCIR). Si se determina que mi hijo debe recibir una vacuna, doy mi permiso para que se le dé dicha vacuna en el Centro de salud escolar y doy mi permiso para que la administración de la vacuna se registre en el MCIR. Comprendo que podré revisar una descripción de la vacuna por escrito y/o hablar con un administrador de vacunas antes de que se le dé la vacuna.

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/de la madre/del tutor legal: _____

Firma del estudiante (mayor de 18 años SOLAMENTE): _____

Firma del padre/madre/tutor secundario (si corresponde): _____

Información del estudiante									
Apellido			Primer nombre				Inicial del segundo nombre		
Fecha de nacimiento			N.º del Seguro Social			N.º de celular del estudiante			
Edad			Sexo	☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Prefiere no revelarlo					
Grado			Escuela						
Dirección			Ciudad			Estado			Código postal
Raza	☐ Indioamericano/nativo de Alaska ☐ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Más de una raza ☐ Hispano/latino ☐ Opción no incluida/Prefiere no revelarlo ☐ Oriente Medio/Norte de África								
Origen étnico	☐ Mexicano, mexicano estadounidense, chicano ☐ Japonés ☐ Cubano ☐ Coreano ☐ Puertorriqueño ☐ Vietnamita ☐ Guameño/chamorro ☐ Más de un origen étnico ☐ Indoasiático ☐ Otro origen hispano, latino o español ☐ Chino ☐ Otro origen étnico asiático ☐ Filipino ☐ Opción no incluida/Prefiere no revelarlo								
Idioma preferido	☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifique): _____								
Situación de vivienda	☐ No es una persona sin vivienda (la familia tiene o alquila una casa/un apartamento) ☐ Sin hogar								
				¿Le preocupa perder su vivienda? ☐ Sí ☐ No					
Información del padre/madre/tutor legal principal									
Apellido			Primer nombre						
Fecha de nacimiento			N.º del Seguro Social						
Número de teléfono			Idioma preferido						
Dirección			Ciudad			Estado			Código postal
Información del padre/madre/tutor legal secundario (si corresponde)									
Apellido			Primer nombre						
Fecha de nacimiento			N.º del Seguro Social						
Número de teléfono			Idioma preferido						
Dirección			Ciudad			Estado			Código postal
Información de contacto para casos de emergencia (completar solo si el contacto NO es el padre/la madre/el tutor legal)									
Apellido			Primer nombre						
Número de teléfono			Relación con el estudiante						
Antecedentes de salud del estudiante									
Médico de atención primaria (PCP) del estudiante			N.º de teléfono del PCP						
Fecha del último examen físico	____/____/____		☐ No recuerdo						
Dentista del estudiante			N.º de teléfono del dentista						
Medicamentos que toma actualmente	**Incluya la dosis y el motivo por el que los toma. Medicamento: _____ Dosis: _____ Motivo: _____ Medicamento: _____ Dosis: _____ Motivo: _____								
	**Seleccione todo lo que corresponda y enumere donde se indique. ☐ Estacional (polvo, fiebre del heno, etc.) ☐ Comida: ☐ Picaduras de abeja ☐ Otra: ☐ Medicamento: _____								
Alergias									

Indique con una marca si el estudiante tiene alguna de las siguientes afecciones:			
☐ Anemia	☐ Asma	☐ Trastorno por déficit de atención	☐ Enfermedad de la sangre
☐ Cáncer	☐ Problemas dentales: _____	☐ Diabetes	☐ Enfermedad mental
☐ Desmayos	☐ Dolores de cabeza/migrañas	☐ Lesión en la cabeza	☐ Soplo cardíaco
☐ Problemas del corazón: _____	☐ VIH/SIDA	☐ Hipertensión (presión arterial alta)	☐ Ictericia
☐ Problema renal, de vejiga u orina	☐ Enfermedad hepática	☐ Problemas menstruales: _____	☐ Embarazo, fecha de parto: _____
☐ Fiebre reumática	☐ Convulsiones (con o sin epilepsia)	☐ Rasgo de células falciformes	☐ Enfermedad de células falciformes
☐ Problemas sinusales	☐ Problemas cutáneos	☐ Problemas estomacales	☐ Enfermedad venérea
Otros problemas de salud no enumerados: _____			
Antecedentes médicos familiares: Marque si alguno de los familiares del estudiante tuvo alguna de las siguientes enfermedades y anote qué familiar las tuvo			
☐ Asma	Quién: _____	☐ Hipertensión (presión arterial alta)	Quién: _____
☐ Ansiedad, otros	Quién: _____	☐ Nivel alto de colesterol	Quién: _____
☐ Cáncer	Quién: _____	☐ Problemas renales	Quién: _____
☐ Muerte antes de los 50 años	Quién: _____	☐ Convulsiones	Quién: _____
☐ Depresión	Quién: _____	☐ Anemia de células falciformes	Quién: _____
☐ Diabetes	Quién: _____	☐ Accidente cerebrovascular	Quién: _____
☐ Problemas del corazón	Quién: _____	☐ Otra enfermedad mental	Quién: _____
Información sobre el seguro principal			
Compañía de seguros	_____	N.º de id. de la póliza	_____
Nombre del titular de la póliza	_____	Relación con el estudiante	_____
Información sobre el seguro secundario (si corresponde)			
Compañía de seguros	_____	N.º de id. de la póliza	_____
Nombre del titular de la póliza	_____	Relación con el estudiante	_____

Nombre completo del estudiante: _____ Fecha: _____



SOLICITUD DEL DESCUENTO DEL PROGRAMA HONOR CARES DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

All information is confidential and used for internal purposes only.

En los centros de salud escolares de Honor Community Health, brindamos servicios a todos los estudiantes, independientemente de ser elegible para una cobertura médica, ingresos familiares, estado migratorio o su capacidad de pago. También ofrecemos un programa de descuento basado en los ingresos del estudiante, lo que hace que nuestro servicio de atención médica sea accesible. Debido a que el programa de descuento se basa únicamente en los ingresos del estudiante, ellos mismos pueden completar la solicitud.

Una vez aprobado el descuento, no se cobrará ninguna tarifa por ningún servicio prestado en los centros de salud escolares de Honor. También se aplicará el descuento a todos los servicios prestados en cualquier centro de salud de Honor, para tener acceso a la tarifa de nuestro programa Honor Cares. La única excepción del programa de descuento, son los servicios dentales mayores en nuestro Joslyn Smile Center, de los cuales no se aplica el descuento de Honor Cares.

Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con un miembro del personal de Honor. Ellos estarán encantados de responder cualquier pregunta que usted tenga

Por favor complete la siguiente información, incluso si usted tiene seguro médico.

**Tenga presente, que usted aún puede ser elegible para el descuento de Honor Cares incluso si cuenta con seguro médico.*

1 Tamaño del hogar:		2 Ingresos del hogar: ¿Cuál es su ingreso antes de impuestos y deducciones? Si no tiene ingresos, escriba \$0 en el cuadro de ingresos.		
Miembros del hogar	Número	Miembros del hogar	INGRESOS	¿Cómo le pagan? Seleccione solo UNA opción
Estudiante	1	Estudiante	\$	☐ Semanales ☐ Mensuales ☐ Anuales

***Si usted es menor de 18 años y recibe servicios en alguno de nuestros Centros de Salud Escolar, o recibe servicios confidenciales en cualquier otro centro de Honor, informe solo sus propios ingresos y a usted mismo como familia de una sola persona.*

Al firmar esta aplicación, **ACEPTA** solicitar el programa de descuento Honor Cares y confirma que la información proporcionada es verdadera y correcta. Usted acepta informar a Honor Community Health cualquier cambio en sus ingresos. De igual manera, si usted no brinda información verdadera, correcta y oportuna, entiende que puede perder el descuento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o tutor

legal del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

56057:00001:2000089188-1

OFFICE STAFF ONLY

Was proof of income provided? ☐ Yes ☐ No If so, does it match what patient documented above? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

Document the amount entered in Nextgen: \$ _____

Signature of Employee who reviewed and entered information _____ Today's Date _____