



Pueblo
Community
Health Center

SCHOOL-BASED WELLNESS CENTERS
Formulario de Consentimiento del Estudiante

POR FAVOR ESCRIBA (Un estudiante por cada formulario)

El nombre del estudiante _____ Fecha De Nacimiento _____ Número De Seguro Social ____ - ____ - ____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Sexo: H M Grado _____ Escuela _____

Nombre de Guardián/Padres _____ Fecha De Nacimiento _____ Relación con el estudiante _____ # De Teléfono Casa/Trabajo _____

Persona de contacto de emergencia _____ # Teléfono _____ Relación con el estudiante _____

Médico de familia/Clínica _____ Ningún Medico _____ # Teléfono _____

Nombre del Estudiante/Nombre de Seguro _____ Número de la póliza _____

Alergias / Problemas de salud, medicamentos (por favor explique aquí): _____

School-Based Wellness Center

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES AL TRATAMIENTO DEL CENTRO DE SERVICIOS

Nos alegra que esté inscribiendo a tu hijo en el programa (SBWC). Por favor, lea atentamente este formulario de consentimiento y completar la información anterior para inscribir a su hijo/a

Al firmar abajo, yo certifico que soy el padre, madre o tutor legal del estudiante mencionado en este formulario y doy mi consentimiento para que el estudiante reciba los servicios disponibles a través del programa SBWC del personal de la SBWC en las condiciones descritas a continuación.

Servicios de atención primaria Los servicios en el SBWC son amplios servicios de atención primaria y son comparables a lo que sería recibido en una privada, la consulta del médico de medicina familiar o en la clínica, incluyendo vacunas (vacunas pueden requerir un consentimiento *separado* por los padres. La atención médica y servicios de atención de salud del comportamiento son entregados a los estudiantes en conformidad con las normas imperantes de atención médica en la comunidad de salud o de comportamiento para asegurar la más alta calidad.

Participación de los padres y notificación. Ley de Colorado podrá prohibir el SBWC de informar a los padres o tutores, sin permiso del niño, de problemas de salud mental, abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, cuestiones de embarazo, planificación familiar, incluido el control de la natalidad y diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Con el propósito de estas condiciones, el niño puede entrar en una relación privilegiada y confidencial con el proveedor SBWC. Sin embargo, es práctica de SBWC para obtener permiso de estudiante para informar a sus padres o un adulto cuidado cuando uno o más de estas condiciones están presentes. Cuando no se conceda el permiso, el personal SBWC fuertemente fomentará el estudiante para comunicar su condición a sus padres. Los padres con preguntas acerca de los servicios SBWC son incentivados a contactar a la SBWC con sus investigaciones.

Confidencialidad y el uso de información protegida de la salud del estudiante. Doy mi consentimiento para revelar el SBWC todos o cualquier porción de mi hijo/hija, a la información de salud protegida a nuestro médico de la familia(s) o médico de atención primaria de la escuela, el personal de enfermería y otros SBWC personal cuando sea necesario. Quiero también dar su consentimiento a la SBWC personal a examinar mi hijo /hija de registros escolares, asistencia, y otros registros para ayudar al personal a ayudar a mi hijo/hija. El SBWC podrá liberar información relacionada con el tratamiento a fondos de terceros para fines de facturación, y por cualquier razón aceptable con arreglo a la práctica médica de conformidad con lo dispuesto en la ley estatal y de conformidad con normas federales de privacidad. Entiendo negativa a autorizar la revelación de mi médico personal del niño información no tendrá ningún efecto sobre mi inscripción del niño, la elegibilidad para beneficios o la cantidad que el seguro de salud pueden pagar los servicios de salud recibido. La información médica personal que autorizo a ser divulgadas podrán ser sujetos y ya no protegidos por la ley.

Responsabilidad financiera. Debido al costo de los servicios que los SBWCs proporcionan, se le cobrará cualquiera seguro que cubra el estudiante. En el caso de que el estudiante no tenga ningún seguro le daremos el tratamiento; Sin embargo, se requerirá que el padre / tutor complete un análisis de la elegibilidad financiera para determinar si el estudiante califica para los programas de salud que ayudan con el costo de su cuidado. Los honorarios para inmunizaciones son separados. Co-pagos y/o deducibles asociadas con cualquiera seguro de salud o de otra cobertura de salud de su niño serán evaluado y recogidos. Además, puede ser necesario de referir al estudiante al hospital, especialistas o otros proveedores de asistencia médica para el tratamiento recomendado para proveer calidad de asistencia médica. Estos proveedores pueden tener cargos separadas para estos servicios y será la responsabilidad del estudiante/padre/guardián.

El reconocimiento y la terminación de esta forma de consentimiento. Entiendo que esta autorización se mantendrá en vigor hasta que mi hijo deja su escuela, y puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que la SBWC ya ha actuado en mi permiso. Es responsabilidad del padre/tutor para notificar a la escuela en tutela de cambios. He leído y he completado este formulario de consentimiento. Puedo llamar al SBWC con cualquier pregunta que tanga.

PADRE(S)/GUARDIÁN

FECHA