

# SERVICIOS MÉDICOS COMPLEMENTARIOS EN LA ESCUELA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO 2019-2020

Escuelas de la Ciudad de Columbus (Columbus City Schools, CCS) se asoció con Salud Pública de Columbus (Columbus Public Health, CPH) para ofrecer servicios médicos complementarios en la escuela. No es nuestra intención reemplazar la fuente de atención médica que utiliza habitualmente. **Se seguirán prestando de la misma manera los servicios de emergencia y de enfermería escolar, independientemente de que elija o no utilizar estos servicios agregados.** Consulte al personal de enfermería de su escuela acerca de la disponibilidad del servicio.

¿Necesita este formulario en inglés? Por favor consulte con la enferma [sic] de la escuela o a la oficina.

## Información del alumno (proporcione toda la información en letra de imprenta y con tinta)

Nombre del alumno/paciente (primero y segundo nombre, y apellido) \_\_\_\_\_ Nombre preferido del alumno \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ OH \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_

Código de área \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del estudiante (mes, día, año) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Prefiere describirse como: \_\_\_\_\_ Etnicidad: Hispano/Latino (marque uno)  Si  No

Raza: Por favor marque **todas las opciones que correspondan** para su hijo:  Negro o afroamericano  Blanco  Asiático  
 Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico  Indio norteamericano/Nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_

Idioma principal del alumno:  Inglés  Español  Somalí  Nepalí  Francés  Árabe  Otro: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para recibir tratamiento/servicios médicos, prácticas de privacidad y autorización para divulgar información

Presto mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios médicos **que se indican** a continuación: (Marque todas las opciones que correspondan).

- Vacuna contra la influenza (gripe)
- Vacuna antimeningocócica (obligatoria en 7º y 12º grado)
- Vacuna contra el tétano, la difteria y la tos ferina (Tdap, por sus siglas en inglés) (obligatoria en 7º grado)
- Otras vacunas que correspondan según la edad, de acuerdo con el calendario de vacunación de la Academia Estadounidense de Pediatría
- Selladores y controles dentales para 2º y 6º grado (incluye un control de selladores el año lectivo siguiente y la recolocación, de ser necesario)
- Control de natalidad (condones), pruebas de embarazo y/o evaluaciones de los Servicios de bienestar sexual (infecciones de transmisión sexual/enfermedades de transmisión sexual [STI/STD, respectivamente, por sus siglas en inglés])

Al firmar el presente **Consentimiento para recibir tratamiento/servicios médicos**, reconozco y afirmo que soy padre o tutor legal del alumno/paciente indicado previamente, y acepto los términos y las condiciones respecto de la **Autorización para divulgar información y la Asignación de beneficios del seguro**, de acuerdo con lo explicado en este consentimiento. También reconozco que hay copias del **Aviso de prácticas de privacidad** y del formulario de consentimiento disponibles en cualquier escuela de CCS o en línea, en <http://columbus.gov/schoolbasedhealthservices/>. También puede acceder por Internet a información adicional sobre estos servicios.

Entiendo que me notificarán acerca de cualquier servicio que reciba mi hijo, así como de cualquier hallazgo anormal y/o de otros tratamientos recomendados. Por medio del presente, autorizo a CPH a intercambiar información con el personal de enfermería de CCS. Los registros de mi hijo están protegidos, y el acceso es restringido y está limitado únicamente a los usuarios autorizados. También entiendo que debo comunicarme con el personal de enfermería de la escuela si tengo consultas. Entiendo que este consentimiento tendrá validez durante los 12 meses del año lectivo en curso, a menos que lo revoque por escrito. Es mi responsabilidad informar al personal de enfermería de la escuela de todas las actualizaciones o los cambios en el estado de salud de mi hijo, los certificados de vacunación o la cobertura de seguro.

Se factura al seguro o a otros programas de cobertura de atención médica siempre que sea posible para ayudar a cubrir el costo de la atención. Los servicios médicos complementarios en la escuela que ofrece CPH no tienen costo alguno para las familias, independientemente de que el alumno tenga seguro o capacidad de pago. Le confiero a CPH el derecho de presentar reclamos de reembolso en virtud de cualquier póliza de seguro de salud privada, Medicare, Medicaid u otros programas por mí identificados mediante los cuales pueda haber disponible un beneficio para pagar los servicios prestados a mi hijo en virtud de los servicios médicos complementarios en la escuela.

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
**Nombre del padre/madre o tutor** (en letra de imprenta) **Firma del padre/madre/tutor** Fecha Padre/madre/tutor  
 Teléfono móvil

-O BIEN (si el alumno/paciente tiene 18 años o más)

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
**Nombre del alumno/paciente** (en letra de imprenta) **Firma del alumno/paciente** Fecha Teléfono del alumno

**Antecedentes clínicos** (debe completarlo el padre o tutor legal)

**Alergias:**

No  Sí ¿Es su hijo alérgico a algo? (Por favor, marque lo que corresponda y explique a continuación.)

Alérgico a:	Reacción	Alérgico a:	Reacción
<input type="checkbox"/> Medicamentos: _____	_____	<input type="checkbox"/> Latex	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/> Acrílico/plástico	_____
<input type="checkbox"/> Alimentos: _____	_____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
_____	_____	_____	_____

**Problemas médicos y de salud** (marque "Sí" o "No" en cada caso y explique a continuación lo que sea necesario.)

Varicela (edad: _____)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Antecedentes de síndrome de Guillain-Barré	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mareos/desmayos/pérdida del conocimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas psicológicos o de estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema del sistema nervioso o cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro problema pulmonar o respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hemofilia o trastornos del factor de coagulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro GI o problema estomacal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro trastorno en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros problemas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Por favor, explique cualquier problema médico que haya marcado en esta sección: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de vacunación:**

Para niños menores de 9 años, ¿ha recibido su hijo 2 o más dosis de la vacuna antigripal alguna vez antes del 1 de julio de 2019? (Si no está seguro, marque "No").	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA
En el caso de su hijo, ¿vive o se espera que tenga contacto cercano con una persona que tiene el sistema inmunológico muy comprometido y debe estar aislada como medida de protección (como la sala de aislamiento de una unidad de trasplante de médula ósea)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 30 días, ¿ha recibido su hijo las siguientes vacunas: triple viral (MMR, por sus siglas en inglés), varicela, fiebre amarilla, antipoliomielítica oral o antigripal Flumist?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Durante el último año, ¿ha recibido su hijo una transfusión de sangre o productos hemoderivados, o le han dado inmuno (gamma) globulina o un medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Durante los últimos 3 meses, ¿ha tomado su hijo medicamentos que afectan el sistema inmunológico, como prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; o medicamentos para tratar la artritis reumatoide, la enfermedad de Crohn o la soriasis; o se ha sometido a tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sufrido su hijo alguna vez una reacción grave después de aplicarse una vacuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre de la vacuna y explique la reacción: _____	

**Seguro médico**

Marque el nombre de la compañía de seguros que cubre a su hijo o firme a continuación si cree que su hijo no tiene seguro. Los servicios médicos complementarios en la escuela que ofrece CPH no tienen costo alguno para las familias, independientemente de que el alumno tenga seguro o capacidad de pago.

**Planes de atención administrada de Medicaid** (marque una opción seguidamente):

No. de identificación de atención administrada: \_\_\_\_\_

-  buckeye health plan
-  CareSource
-  PARAMOUNT ADVANTAGE
-  MOLINA HEALTHCARE
-  UnitedHealthcare® \*Medicaid UHC no ofrecido mediante su empleo Community Plan
-  Healthy Start  
o. de Medicaid de Ohio: \_\_\_\_\_

**Seguro privado** (que no sea Medicaid):

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

No. de miembro o identificación del suscriptor: \_\_\_\_\_

No. de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona mediante la cual el niño recibe cobertura: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del adulto asegurado: \_\_\_\_\_

No. de teléfono en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos en la tarjeta del seguro: \_\_\_\_\_

El alumno no tiene seguro de salud.  (Firme seguidamente para la exención por dificultades económicas.)

FIRME AQUÍ: No puedo pagar los servicios médicos. X \_\_\_\_\_