

Centro de salud escolar de Honor Community Health
Formulario de consentimiento para recibir servicios médicos y dentales

Información del estudiante									
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre					
Fecha de nac.		Número del Seguro Social							
Edad		N.º de teléfono celular del estudiante:							
Grado		Escuela							
Dirección				Ciudad		Estado:		Código postal	
Información sobre el padre/la madre/el tutor legal									
Apellido		Nombre							
Fecha de nac.		Número del Seguro Social							
N.º de teléfono		Idioma preferido							
Información de contacto para casos de emergencia (completar solo si el contacto <u>no</u> es el padre/la madre/el tutor legal)									
Apellido		Nombre							
N.º de teléfono		Relación con el estudiante							
Servicios que se proporcionan en el Centro de salud escolar									
Se requiere el consentimiento de los padres para proporcionar los siguientes servicios a pacientes menores de 18 años:									
<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de mantenimiento de la salud Tratamiento de enfermedades y lesiones agudas y crónicas Evaluaciones bucales/dentales y seguimiento Pruebas y servicios de laboratorio básicos Educación individual, grupal, familiar y comunitaria 					<ul style="list-style-type: none"> Exámenes físicos para la escuela, deportes, campamentos y trabajo Evaluaciones de la vista/de la audición y seguimiento Vacunas Administración de medicamentos Derivaciones para servicios de especialidad 				
La ley vigente de Michigan permite brindar servicios confidenciales a menores de edad que sean mayores de 12 años. <u>No se requiere el consentimiento de los padres para lo siguiente:</u>									
<ul style="list-style-type: none"> Pruebas de embarazo Asesoramiento sobre VIH, análisis y derivaciones Educación sobre abuso de sustancias, asesoramiento y derivaciones Evaluación, asesoramiento y derivación de salud mental y psicosocial (el niño debe ser mayor de 14 años para dar su consentimiento) 					<ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual, y tratamiento/asesoramiento Asesoramiento y derivaciones relacionados con abuso físico/sexual Intervención y atención de emergencia en casos de crisis 				
Servicios que no se proporcionan en el Centro de salud escolar									
De conformidad con la ley de Michigan:									
<ul style="list-style-type: none"> No se entregan ni recetan píldoras ni dispositivos anticonceptivos en las instalaciones de la escuela 					<ul style="list-style-type: none"> No se proporcionan asesoramiento, derivaciones ni servicios relacionados con el aborto 				
Consentimiento del padre/de la madre/del tutor legal									
Doy mi consentimiento para lo siguiente:									
<ul style="list-style-type: none"> El estudiante que se menciona arriba puede recibir todos los servicios que se indican arriba en el Centro de salud escolar El intercambio de información sobre atención médica entre el Centro de salud escolar 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: <ul style="list-style-type: none"> 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 por el hecho de que no estaré en la misma sala que mi proveedor de atención médica. Comprendo que esta tecnología conlleva posibles riesgos, que incluyen interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Comprendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita 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, con el fin de 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; o (3) finalizar la consulta en cualquier momento 									
Al firmar este formulario de consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre 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.									
Firma del padre/de la madre/del tutor legal						Fecha:			

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, por sus siglas en inglés). 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 o hablar con un administrador de vacunas antes de que se le dé la vacuna.

Información sobre el seguro principal

Compañía de seguros		Id. de la póliza		N.º de grupo/plan	
Nombre del titular de la póliza			Relación con el estudiante		

Información sobre el seguro secundario

Compañía de seguros		Id. de la póliza		N.º de grupo/plan	
Nombre del titular de la póliza			Relación con el estudiante		

Antecedentes de salud del paciente

Sexo de nacimiento	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Sexo actual	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero masculino (femenino a masculino) <input type="checkbox"/> Transgénero femenino (femenino a masculino)	<input type="checkbox"/> Opta por no divulgarlo <input type="checkbox"/> Otro: _____
Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Opta por no divulgarla				
Raza	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otra: _____				
Origen étnico	<input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Más de un origen étnico	Idioma preferido	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro: _____
Situación de vivienda	<input type="checkbox"/> No es indigente (la familia tiene o alquila una casa/un apartamento) <input type="checkbox"/> Indigente		¿Le preocupa perder su vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Médico de atención primaria del estudiante			N.º de teléfono:		
Dentista del estudiante			N.º de teléfono		
Fecha del último examen físico	___/___/___		<input type="checkbox"/> No me acuerdo		

Medicamentos que toma actualmente: (incluya la dosis y el motivo por el que los toma)

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Motivo: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Motivo: _____

Alergias Medicamentos (enumere): _____ Alimentos (enumere): _____

Estacionales (rinitis alérgica primaveral, polvo, polen) Picaduras de abeja Otra: _____

Indique con una marca si su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (ADD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas dentales: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Limitación emocional o enfermedad mental
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos: _____	<input type="checkbox"/> VIH/sida	<input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Problema renal o de vejiga/orina	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales:	<input type="checkbox"/> Embarazo: Fecha probable de parto: _____
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Convulsiones (con o sin epilepsia)	<input type="checkbox"/> Rasgo de células falciformes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Problemas cutáneos	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud: _____			

Antecedentes médicos familiares: Indique con una marca si alguno de los familiares de su hijo tuvo alguna de las siguientes enfermedades y anote qué familiar las tuvo

<input type="checkbox"/> Asma	Quién: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión	Quién: _____
<input type="checkbox"/> Ansiedad, depresión u otra enfermedad mental	Quién: _____	<input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol	Quién: _____
<input type="checkbox"/> Cáncer	Quién: _____	<input type="checkbox"/> Problemas renales	Quién: _____
<input type="checkbox"/> Muerte antes de los 50 años	Quién: _____	<input type="checkbox"/> Convulsiones	Quién: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	Quién: _____	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes	Quién: _____
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	Quién: _____	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	Quién: _____

