

Formulario de Consentimiento para Servicios del Centro de Salud Basado en la Escuela Suplementaria

Nombre completo del estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela

Grado escolar

El centro de salud escolar (SBHC) es una clínica de Community Health Care (CHC). Si inscribo a mi hijo en el SBHC, él o ella se registrará como paciente de CHC y puede recibir servicios en cualquier clínica de CHC. Entiendo que el proveedor médico de SBHC puede ser el proveedor de atención primaria designado de mi hijo. Si mi hijo no está inscrito en el SBHC, puede continuar recibiendo servicios de enfermería escolar.

Los servicios en el SBHC pueden incluir, entre otros: vacunas, exámenes anuales para niños, exámenes físicos deportivos, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones, tratamiento de afecciones crónicas, medicamentos, atención dental, exámenes de la vista, atención de salud mental / conductual, evaluaciones de salud / consejería / educación y / o referencias a otros especialistas de atención médica. Podrá encontrar servicios integrales adicionales en otras clínicas de CHC. Puede encontrar una lista completa de ubicaciones de CHC en www.commhealth.org.

Al marcar sí, doy mi consentimiento para los siguientes servicios:

¡ Si! Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención médica, incluyendo los servicios de salud del comportamiento a través del Centro de Salud Escolar CHC.

¡ Si! Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención dental a través del centro de salud escolar. Ejemplos: rellenos, extracciones, mantenedores de espacio, limpiezas, rayos X, selladores, aplicación de flúor.

Medicinas / Vacunas:

Permito que los proveedores de SBHC administren medicamentos de venta libre (como Tylenol) a mi hijo. Entiendo que los proveedores de SBHC se comunicarán conmigo para obtener un consentimiento verbal específico antes de administrar un medicamento recetado a mi hijo. **Tenga en cuenta: todas las vacunas requeridas y recomendadas se administrarán a menos que el padre o tutor especifique lo contrario.**

(inicial) NO doy consentimiento para que CHC le dé a mi hijo ningún medicamento de venta libre sin el consentimiento verbal específico de un padre / tutor.

(inicial) NO doy mi consentimiento para que el personal de SBHC le dé vacunas a mi hijo.

Citas:

Entiendo que un padre / tutor pueden hacer citas para mi hijo en el SBHC. Puedo elegir si estar o no estar presente durante estas citas. Si no estoy presente, se autoriza que mi hijo recibir servicios en mi ausencia. Los proveedores de SBHC se comunicarán conmigo por teléfono para obtener un permiso verbal para brindar tratamiento cuando no se trate de una emergencia. Si mi hijo tiene una emergencia médica, los proveedores de CHC SBHC lo atenderán según la ley del estado de Washington o llamarán al 911.

Comunicaciones de Texto:

Los estudiantes y / o padres / tutores pueden enviar mensajes de texto a la clínica para hacer una cita inicial. Permito que CHC se comunique conmigo / mi hijo a través de mensajes de texto con el único propósito de programar y confirmar citas. CHC nunca discutirá ni divulgará ninguna información personal de salud conmigo/

mi hijo a través de texto. Una vez que mi hijo está inscrito como paciente de CHC, puedo comunicarme con su proveedor a través de una aplicación gratuita de mensajes de texto cifrados.

Liberación de Información:

Por la presente, permito que el Centro de Salud Escolar de Bethel (SBHC) divulgue al Distrito Escolar de Bethel si mi estudiante de secundaria o preparatoria se presenta en cualquier momento en el SBHC. El propósito de esta divulgación es para que la escuela de mi estudiante pueda tomar en cuenta el traslado sin escolta entre la escuela y el (SBHC), cuyo permiso podrá ser otorgado o retenido por el Distrito a su exclusivo criterio. La divulgación de esta información por parte del SBHC al Distrito NO incluirá información de salud protegida relacionada con mi estudiante. (Nota: los estudiantes de primaria serán escoltados cuando se trasladen entre la escuela y el SBHC).

Autorizo a CHC a divulgar registros médicos a los demás proveedores de atención médica de mi hijo según sea necesario para ayudar en el tratamiento y / o la continuidad de la atención de mi hijo. Estos registros pueden incluir, entre otros, los siguientes: registros de vacunación, resultados de exámenes físicos deportivos, afecciones médicas y de salud conductual, medicamentos y planes de tratamiento. Los proveedores de servicios médicos y de salud mental del SBHC de CHC pueden participar en los equipos de asistencia o éxito escolar de mi hijo si es necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica de mi hijo a divulgar información al personal de SBHC de CHC según sea necesario.

Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre / tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y estoy autorizado a dar este consentimiento. Este consentimiento tendrá vigencia por un año a partir de esta fecha.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Número de teléfono preferido del tutor para contacto urgente durante el día: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE

De acuerdo con la ley estatal y / o federal, cuando se proporciona el consentimiento para la atención, la información de atención médica se mantiene confidencial. Existen algunas excepciones. Por ejemplo:

- Cuando el paciente otorga un permiso mediante un formulario de divulgación de información firmado.
- Cuando el paciente indica riesgo de daño inminente para sí mismo o para otros.
- Cuando el paciente tiene un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años.
- Cuando hay razones para sospechar abuso o negligencia.
- Ciertas enfermedades transmisibles deben ser reportadas a las autoridades de salud pública.

Los centros de salud escolares de Community Health Care alientan a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención médica siempre que sea posible. Según la ley del estado de Washington, los jóvenes pueden acceder independientemente a la atención de salud reproductiva a cualquier edad sin el consentimiento de los padres / tutores. Además, a partir de los 13 años, los jóvenes pueden recibir de forma independiente servicios para dejar de consumir drogas y alcohol y asesoramiento sobre salud mental sin el consentimiento de los padres / tutores. A partir de los 14 años, los jóvenes pueden recibir de forma independiente pruebas y / o tratamiento para el VIH y ETS. Debido a que los jóvenes pueden recibir esta atención de manera independiente, su consentimiento es legalmente requerido para la divulgación de información sobre el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. El consentimiento de los estudiantes de 13 años o más y el consentimiento de los padres / tutores para los estudiantes de 12 años y menores es legalmente requerido para la divulgación de información sobre alcohol y drogas o asesoramiento sobre salud mental. RCW 26.28.010, RCW 7.70.050 (4), RCW 70.24.110, RCW 9.02.100 (1), RCW 71.34.530, RCW 71.34.510, RCW 70.96A.230 y RCW 70.96A.096.

www.commhealth.org