

North Country HealthCare Formulario de Consentimiento

*Programa de Servicios de Atención Médica Basados en la Escuela por la Unidad Móvil de North Country HealthCare
2920 N. 4th Street, Flagstaff, Arizona 86004*

DATOS DEL ESTUDIANTE	DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL
Grado Escolar _____ Apellido del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;"> <i>Mes Día año</i> </div> Dirección del Estudiante: _____ _____ _____ <i>ciudad estado código postal</i> ¿Quién es el médico habitual del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ *NCHC compartirá datos de salud con el médico de cabecera de su hijo/a.	<u>Padre o Tutor Legal</u> Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Parentesco con el Estudiante: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Número Celular: _____ <u>¿Le podemos dejar un mensaje detallado?</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <u>Contacto Adicional en Caso de una Emergencia</u> Nombre: _____ Parentesco con el Estudiante: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Número Celular: _____
Información Sobre la Póliza de Seguro	
¿Su hijo o hija, si tiene 18 años de edad o más, tiene seguro privado o AHCCCS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se la respuesta fue "Sí", llene lo siguiente: Solicitante/Dueño de la Póliza: _____ Número del Grupo: _____ Solicitante/Número de la Póliza: _____ Si su hijo/a no cuenta con cobertura de seguro de salud. ¿Le gustaría que un representante de North Country HealthCare se comunique con usted sobre la opción del programa de descuento cual se basa en su salario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR LEGAL PARA QUE RECIBA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD MÓVIL DE NORTH COUNTRY HEALTHCARE EN LAS ESCUELAS	
Doy el consentimiento para que mi hijo/a, o yo mismo si tengo 18 años de edad o más, a que reciba servicios de atención médica facilitados por North Country HealthCare. La atención médica será proporcionada por profesionales autorizados por el estado a que proveen atención médica en la unidad de atención médica móvil de North Country HealthCare localizada en las escuelas. El programa de los servicios de atención médica en las escuelas pueden incluir, pero no son limitados a: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evaluación médica completa <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio recomendadas por un médico, como la anemia, la drepanocitosis y la diabetes <input type="checkbox"/> El cuidado y el tratamiento médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas, dispensar y recetar medicamentos y vacunas. <input type="checkbox"/> Exámenes para infecciones respiratorias tales como COVID19, VSR, y influenza. <input type="checkbox"/> Evaluación dental que incluye el diagnóstico y empastes dentales, aplicación de fluoruro donde esté disponible. <input type="checkbox"/> Referencia a servicios no proporcionados por la unidad de atención médica en la escuela. <input type="checkbox"/> Autorización para proporcionar datos médicos de mi hijo/a de FUSD/PHS a North Country HealthCare. He leído y entiendo los servicios anotados y con mi firma otorgo consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Programa de atención médica basado en la escuela. Se requiere una firma adicional en la parte posterior de este formulario para recibir promociones según preferencias especificadas con anterioridad.	
X _____ Firma del Padre o el tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o cumple con los requisitos dispuestos por ley) Para uso de la oficina de NCHC solamente El consentimiento del padre o el tutor se obtuvo verbalmente X _____	_____ Fecha

POR FAVOR ASEGÚRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE O EL TUTOR EN CUMPLIMIENTO DE HIPAA (Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico)
PARA LA LIBERACIÓN DE DATOS MÉDICOS**

He leído y tengo por entendido la liberación de datos médicos en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para la liberación de datos médicos según lo especificado.

X

Firma del padre o tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o cumple con los requisitos dispuestos por ley) _____ Fecha _____

CENTRO DE SERVICIOS MÉDICOS FACILITADOS EN LAS ESCUELAS

NORTH COUNTRY HEALTHCARE

HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE PADRES O TUTOR PARA LA LIBERACIÓN DE DATOS MÉDICOS

CONSENTIMIENTO DE PADRES O TUTOR EN CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR HIPAA

PARA LA LIBERACIÓN DE DATOS MÉDICOS

Mi firma autoriza la liberación de datos médicos. Estos datos podrían ser protegidos por la ley de privacidad federal y estatal contra la revelación. Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo que se compartan datos médicos entre North Country HealthCare y FUSD (alias FLAGSTAFF UNIFIED SCHOOL DISTRICT o DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FLAGSTAFF) y PHS (Ponderosa High School), ya sea porque así lo exige la ley o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Cuando así lo solicite, la institución o persona que libere tales datos médicos deben proporcionarme una copia de este formulario. Los padres tienen la obligación legal de proporcionar a la escuela ciertos datos, por ejemplo, los certificados de vacunación. Si los padres no cumplen con este deber, es posible que el estudiante no sea admitido en la escuela.

Me han respondido todas las preguntas que tenía acerca del formulario. Tengo entendido que no es obligatorio autorizar la liberación de los datos médicos de mi hijo/a y que puedo cambiar de parecer cuando lo desee y revocar mi autorización escribiéndole a North Country HealthCare. Sin embargo, si ya se han liberado ciertos datos, no es posible revocar la autorización en forma retroactiva de modo que se puedan ocultar datos liberados antes de la revocación.

Autorizo a la unidad móvil de North Country HealthCare y a su Programa de servicios de salud establecidos en la escuela, de liberar datos médicos específicos del estudiante cuyo nombre está al otro lado de esta página a FUSD (Distrito Escolar Unificado de Flagstaff) y PHS (Ponderosa High School).

Por medio de la presente, yo otorgo consentimiento para que North Country HealthCare revele al DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FLAGSTAFF los datos médicos que se detallan a continuación con el fin de cumplir los requisitos impuestos por la ley y procurar que la escuela cuente con los datos necesarios para proteger la salud y la seguridad de mi hijo. Tengo por entendido que estos datos seguirán siendo confidenciales conforme a la ley federal y estatal:

Datos requeridos por ley:

- Inmunizaciones
- Resultados de los exámenes de visión y audición

Datos para proteger la salud y la seguridad de su hijo:

- Condiciones médicas que pueden requerir tratamiento médico de urgencia
- Condiciones médicas que pueden limitar las actividades diarias del estudiante
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (sin incluir VIH o ETS y/u otros servicios confidenciales protegidos por la ley).
- Cobertura de seguro médico

Mi consentimiento en la página 1 de este formulario también otorga la autorización para que North Country HealthCare se comunice con otros proveedores de la salud que hayan examinado a mi hijo/a y para obtener datos del seguro.

Período de tiempo durante el cual se autoriza la liberación de datos:

Desde: _____ la fecha de la firma que figura al dorso

Hasta: _____ la fecha en la cual el estudiante deja de estar inscrito en SBHC. (Centro de salud basado en la Escuela)