Dayton Public Schools (Escuelas Públicas Dayton) (Spanish rev. 03.24)

Formulario de inscripción para Centro de Salud en la Escuela y consentimiento durante toda la vida

Dayton Public Schools (DPS) forma una alianza con muchas agencias de la comunidad para ofrecer Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela. Este formulario único reemplaza muchos de los diferentes formularios de permiso requeridos para brindar estos servicios a su hijo/a. Los servicios de emergencia y enfermería escolar se seguirán brindando como siempre, sin importar si usted decide participar o no en estos servicios agregados. Es posible que algunos Servicios Suplementarios no estén disponibles en todos los edificios escolares. Pregunte a su enfermera escolar sobre la disponibilidad de los servicios. Estos servicios de salud proporcionan atención de salud de calidad en un entorno escolar amable, cómodo y familiar en un horario conveniente para el estudiante y la familia. No estamos intentando reemplazar su atención de salud regular ni su proveedor de atención primaria actual.

Nombre de paciente/estudiante (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre preferido por el/la estudiante	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono (con código de área)	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Grado	Nombre de la escuela

Consentimiento para tratamiento de servicios de salud

Doy mi consentimiento para permitir que los proveedores que participan en Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela lleven a cabo los siguientes servicios/tratamientos para mi hijo/a: (Marque cada servicio que usted quiere tener disponible para su hijo/a.)

Salud médica/ del comportamiento	☐	Atención y tratamiento para lesión/enfermedad, exámenes físicos (control en salud o para deporte), vacuna contra la influenza (gripe)
	☐	Vacuna meningocócica (obligatoria para grados 7 y 12)
	☐	Vacuna Tdap (obligatoria para grado 7)
		Otras vacunas (adecuadas para la edad, según el cronograma de vacunas de la Academia Estadounidense de Pediatría) ☐ DTaP/Td ☐ Polio ☐ Hepatitis B ☐ MMR ☐ Varicela ☐ Hepatitis A ☐ HPV ☐ Neumocócica conjugada ☐ Hib
	☐	Prueba de embarazo
	☐	Prueba, educación y/o tratamiento para infección de trasmisión sexual (STI/STD)
	☐	Anticonceptivos
	☐	Terapia para salud mental/del comportamiento
Dental	☐	Tamizaje dental gratis y sellantes para grados 2 y 6 y un control de sellante al siguiente año escolar y reaplicación si es necesario
	☐	Examen dental, empastes dentales
Visión	☐	Examen de ojos, incluida dilatación (gotas que se usan para agrandar la pupila), terapia de la visión, prueba y entrega de anteojos y eliminación de cuerpo extraño de la córnea (retirar algo de la capa exterior protectora y transparente del ojo)

Al firmar este Consentimiento para tratamiento de servicios de salud, acepto los términos y condiciones para la Autorización para divulgación de información y Cesión de beneficios del seguro, como se explica en este formulario de consentimiento. También declaro que he recibido información sobre cómo recibir el Aviso de Prácticas de Privacidad, como se explica en este consentimiento. También he recibido y entiendo los servicios que están disponibles, según se describe en el folleto de Información para Padres y Estudiantes sobre Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela, que está disponible en el sitio web de los Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton (CHCGD - Community Health Centers of Greater Dayton) y de los Centros de Salud Five Rivers (FRHC - Five Rivers Health Centers).

Entiendo que se me notificará sobre todos los servicios que mi hijo/a reciba, además de los hallazgos anormales y/o recomendaciones de tratamiento. También entiendo que debo contactar a la enfermera escolar si tengo preguntas sobre cualquier atención o instrucciones de seguimiento necesarias. Para los servicios proporcionados por los Centros de Salud, entiendo que debo llamar al número de teléfono indicado en el Resumen después de la visita que se entregó a mi hijo/a para llevar a casa. Entiendo que este consentimiento continuará siendo válido mientras mi hijo/a siga siendo estudiante en Dayton Public Schools, a menos que yo lo revoque. **Puedo revocar este consentimiento para tratamiento en cualquier momento pidiendo por escrito que Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela retire a mi hijo/a de los servicios.** Recibí este folleto, Información para Padres y Estudiantes sobre Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela, que incluye las agencias que brindan servicios, y entiendo los servicios que están disponibles. Es mi responsabilidad avisar a la enfermera escolar sobre todas las actualizaciones o cambios en la afección o afecciones de salud de mi hijo/a, registros de vacunas, medicaciones o cobertura de seguro.

Persona que completa el formulario (en letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el/la menor: _____

_____

Información de seguro de salud

Marque con un círculo la aseguradora que brinda cobertura a su hijo/a. Algunos Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela se brindan sin costo para las familias, sin importar si un estudiante tiene seguro o capacidad de pago. Usted puede recibir una factura por algunos servicios si no están cubiertos por un seguro.

Planes de Atención Administrada de Medicaid (marque con un círculo):

AmeriHealth Caritas Ohio | Anthem | buckeye health plan | CareSource | Humana Healthy Horizons in Ohio | UnitedHealthcare Community Plan

N.º de Atención Administrada _____ N.º de Ohio Medicaid _____

Información del/de la paciente:			
Nombre de paciente/estudiante (primer nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre preferido por el/la estudiante	
N.º Seguro Social	Fecha de nacimiento		

Tercero responsable (Obligatorio para pacientes menores de 18 años o cuando el garante no es el/la paciente):			
Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	N.º Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación
Dirección de facturación de paciente o tercero responsable N.º apto	Ciudad	Estado	Cód. postal
Teléfono del hogar ( )	Teléfono alternativo ( )	Amigo/a de la familia ( )	
Dirección de correo electrónico			

Seguro privado (diferente a Medicaid):

Aseguradora _____Nombre de titular de la póliza _____

Relación con el/la estudiante _____Fecha de nacimiento _____Fecha de vigencia _____

Copago $ _____N.º de póliza _____

Seguro secundario:

Aseguradora _____Nombre de titular de la póliza _____

Relación con el/la estudiante _____Fecha de nacimiento _____Fecha de vigencia _____

Copago $ _____N.º de póliza _____

Los Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y Five Rivers son centros de salud cualificados a nivel federal. Tenemos la obligación de recoger información sobre los ingresos y otros datos demográficos de nuestra población de pacientes. Toda la información es confidencial y solo debemos informar números, no nombres de pacientes.

La cantidad de miembros de la familia es su familia inmediata que vive en su hogar y de la que usted es legalmente responsable y los hijos a los que usted paga manutención infantil que no viven en su hogar. Le pedimos que actualice esta información todos los años.

Marque la cantidad de miembros de su familia y el ingreso de su familia en la siguiente tabla:

Cantidad de miembros de la familia	Ingreso anual menor que	Ingreso anual entre	Ingreso anual entre	Ingreso anual entre	Ingreso anual entre
1	$15,060	$15,061-18,824	$18,825-22,589	$22,590-26,354	$26,355-30,120
2	$20,040	$20,041-25,549	$25,550-30,659	$30,660-35,769	$35,770-40,880
3	$25,820	$25,821-32,274	$32,275-38,729	$38,730-45,185	$45,186-51,640
4	$31,200	$31,201-38,999	$39,000-46,799	$46,800-54,599	$54,600-62,400
5	$36,580	$36,581-45,724	$45,725-54,869	$54,870-64,014	$64,015-73,160
6	$41,960	$41,961-52,449	$52,450-62,939	$62,940-73,429	$73,430-83,920
7	$47,340	$47,341-59,174	$59,175-71,009	$71,010-82,844	$82,845-94,680
8	$52,720	$52,721-65,899	$65,900-79,079	$79,080-92,259	$92,260-105,440

Información demográfica del/de la estudiante

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere describirse como: _____

Etnia: Hispana/Latina (marcar una opción) ☐ Sí ☐ No

Raza: Por favor, marque **todo lo que corresponde** para su hijo/a:

☐ Negra o afroamericana ☐ Blanca ☐ Asiática ☐ Nativa de Hawái/Isla del Pacífico

☐ Indígena estadounidense/Nativa de Alaska ☐ Otra: _____

Idioma principal del/de la estudiante: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Turco ☐ Kinyarwanda ☐ Francés ☐ Árabe

☐ Otro: _____

Acuerdo de facturación

Nombre del/de la estudiante _____ Fecha de nacimiento_____

Seguro de salud:

Entiendo que es mi responsabilidad como paciente entregar una copia de la información de mi seguro a los Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y/o Five Rivers.

Pago propio (sin seguro o con seguro insuficiente):

Entiendo que es mi responsabilidad completar la Solicitud de Tarifa Variable y entregar comprobante de mi ingreso en los 30 días siguientes a mi visita o seré responsable de pagar el 100% de mi factura.

Copago/Tarifa nominal:

Entiendo que mi copago/tarifa nominal es mi responsabilidad. Puedo pagar con dinero en efectivo, con cheque o con tarjeta de crédito.

Estados de cuenta:

Entiendo que solo recibiré dos (2) estados de cuenta y un (1) estado de cuenta de pago vencido (un total de 3 estados de cuenta) antes de que se envíe mi cuenta a una agencia de cobro externa. Entiendo que si Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y/o Five Rivers recibe devolución de correo porque no he suministrado una dirección de facturación correcta/actualizada, se puede enviar mi cuenta a una agencia de cobro externa.

Convenios de pago:

Entiendo que si hay un saldo pendiente, puedo establecer un "convenio de pago" si no puedo pagar la totalidad del saldo. También entiendo que si no establezco un plan de pago con Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y/o Five Rivers o no hago mis pagos programados, se puede enviar mi cuenta a una agencia de cobro externa.

Cobros:

Entiendo que si se envía mi cuenta a una agencia de cobro externa dos (2) veces se me puede dar de alta del consultorio y ya no podré recibir servicios en CHCGD y/o FRHC.

Autorización financiera

Autorizo el pago directamente a CHCGD y FRHC y/o a los médicos o a las personas que ellos designen de los beneficios especificados en este documento y que de otra manera se me pagarían a mí, que no superen los cargos regulares. Entiendo que soy responsable por
todos los cargos hasta que las facturas estén totalmente pagadas y/o por los saldos de los cargos que no estén cubiertos por el seguro.

Mi firma, o la de mi representante autorizado, indica que he leído, entiendo y acepto las condiciones anteriores y que este consentimiento para recibir atención en CHCGD y FRHC reemplaza cualquier otro consentimiento financiero que se haya firmado.

_____ _____

Firma de paciente o representante legal o agente | Fecha | Relación con el/la estudiante

Historial de paciente nuevo/a

Nombre del/de la estudiante _____ Fecha de nacimiento_____

Fecha del último examen físico o control en salud del estudiante	☐ Mi hijo/a **no** ha tenido un examen físico o de control en salud en los últimos 12 meses
Proveedor de atención primaria	Lugar del proveedor
Otro proveedor	Lugar de otro proveedor
Visto por otro(s) proveedor(es) para	
Dentista	Lugar de dentista
Farmacia preferida	Lugar de farmacia
Todas las cirugías desde el nacimiento	

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No (*Si contestó Sí, explique)*

Alergias	Describa la reacción:
¿Alguien en el hogar fuma o vapea? ☐ Sí ☐ No	¿Adentro? ☐ Sí ☐ No ¿Afuera? ☐ Sí ☐ No

Historial familiar:

Por favor, indique todos los problemas médicos que haya tenido cada miembro de la familia.

Madre:	
Padre:	
Abuela: marcar con un círculo una opción: Materna Paterna	
Abuelo: marcar con un círculo una opción: Materno Paterno	
Hermano(s):	
Hermana(s):	

Problemas médicos e inquietudes relacionadas con la salud (Marque "Sí" o "No" para cada ítem y explique abajo si es necesario)

Varicela (edad_____)	□ Sí □ No	Historial de síndrome de Guillain-Barre	□ Sí □ No
Cirugía o admisión en el hospital en el último año	□ Sí □ No	Crisis convulsivas (Epilepsia) Fecha de la última crisis convulsiva:	□ Sí □ No
*Problema psicológico o del humor	□ Sí □ No	*Problema del cerebro o sistema nervioso	□ Sí □ No
Problemas de desarrollo	□ Sí □ No	Asma	□ Sí □ No
Mareos/desmayos/desvanecimientos	□ Sí □ No	Fibrosis quística	□ Sí □ No
Problema cardíaco	□ Sí □ No	*Problema pulmonar o respiratorio	□ Sí □ No
Enfermedad de células falciformes	□ Sí □ No	Enfermedad hepática	□ Sí □ No
*Problema del sistema inmunitario:	□ Sí □ No	*Problema gastrointestinal o estomacal	□ Sí □ No
*Trastorno de la coagulación	□ Sí □ No	Enfermedad renal	□ Sí □ No
*Trastorno de la sangre	□ Sí □ No	*Problema de la vejiga o urinario	□ Sí □ No
Diabetes tipo 1	□ Sí □ No	Embarazada *(solo mujeres)*	□ Sí □ No
Diabetes tipo 2	□ Sí □ No	*Otros problemas/inquietudes	□ Sí □ No
Trastorno endócrino	□ Sí □ No		
***Por favor, explique los ítems anteriores con ***			

Prácticas de privacidad y autorización para divulgar información

Nombre del/de la estudiante _____ Fecha de nacimiento_____

Declaración de Aviso de Prácticas de Privacidad: Se me ha notificado que puedo pedir una copia de los formularios de Aviso de Prácticas de Privacidad para los Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y Five Rivers en cualquier edificio de DPS. También sé que puedo ver los formularios en internet en www.communityhealthdayton.org y www.fiverivershealthcenters.org. Hay disponibles copias del formulario de consentimiento en la escuela de mi hijo/a y también en www.dps.k12.oh.us

Autorización para divulgar información: Autorizo a CHCGD, FRHC o DPS a intercambiar información con aseguradoras, aseguradora para indemnización, centro de atención de la salud, agencia de bienestar, proveedor de atención de la salud, enfermera(s) escolar(es) de DPS, consejero escolar y/o trabajador social escolar, para el propósito exclusivo de asistencia financiera, continuidad de la atención médica o coordinación de la atención. Las vacunas administradas se ingresarán en el sistema informático estatal de vacunas (Ohio ImpactSIIS). La divulgación de información sobre alcohol y drogas está protegida por las Reglas de Confidencialidad Federales (42 CFR Parte 2) sin consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según se autorice de otra manera. Las reglas federales también limitan cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente cualquier consumo abusivo de alcohol o drogas del paciente (52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987). **No se hará ninguna divulgación de información relacionada con pruebas de SIDA, VIH ni diagnósticos de VIH/SIDA.** Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela pueden usar registros de salud del/de la estudiante para evaluar la calidad de la atención proporcionada y la eficacia de ofrecer esos servicios. Los registros de mi hijo/a están protegidos y solo pueden acceder a ellos usuarios autorizados con acceso restringido. Entiendo que esta autorización continuará siendo válida mientras mi hijo/a sea estudiante en Dayton Public Schools, a menos que yo la revoque. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento brindando aviso por escrito para retirar a mi hijo/a de estos Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela.

Información de seguro: El seguro u otros programas de cobertura de atención de la salud se facturan siempre que sea posible para ayudar a cubrir el costo de la atención.
Algunos Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela se brindan sin costo para las familias, sin importar si un estudiante tiene seguro o capacidad de pago. Concedo a Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y Five Rivers el derecho a presentar reclamos para reembolso según cualquier póliza de seguro de salud privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que identifique por el que se pueda pagar un beneficio por servicios proporcionados a mi hijo/a a través de Servicios de Salud Suplementarios en la Escuela.

☐ **ACEPTO** permitir a Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y Five Rivers acceso a los registros individuales académicos, de asistencia y de comportamiento de mi hijo/a para el año escolar actual y el anterior, para que puedan brindar mejores servicios a mi hijo/a.

☐ **NO ACEPTO** permitir a Centros de Salud Comunitarios de Greater Dayton y Five Rivers acceso a los registros individuales académicos, de asistencia y de comportamiento de mi hijo/a para el año escolar actual y el anterior, para que puedan brindar mejores servicios a mi hijo/a.

Este consentimiento es válido hasta que el/la menor alcance la mayoría de edad, o ya no sea estudiante de Dayton Public Schools. La madre, el padre o el tutor autorizados a actuar en nombre del/de la paciente pueden revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que todas las organizaciones ya hayan tomado acciones según este consentimiento.

Entiendo que las dos organizaciones no compartirán información sobre mi atención médica o información de facturación con ninguna persona que no esté mencionada en este consentimiento.
Indique a continuación la lista de personas a las que podemos divulgar información.

Nombre	Relación con el/la estudiante	Nombre	Relación con el/la estudiante
1.		2.	
3.		4.	

Relación de madre, padre o tutor con el/la estudiante (si estudiante/paciente es menor de 18 años): ☐ **Madre** ☐ **Padre** ☐ **Tutor legal**

Madre, padre o tutor legal (en letra de molde)	Madre, padre o tutor legal (firma)	Fecha
Estudiante/Paciente (en letra de molde) (si tiene 18 años o más)	Estudiante/Paciente (firma) (si tiene 18 años o más)	Fecha