

REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

THE HEALTHCARE CONNECTION, INC.

CENTRO DE SALUD BASE ESCOLAR VIKING (VCSBE)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO, REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y FORMA DE PRIVACIDAD

Nombre legal del estudiante

Fecha de Nacimiento

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE VCSBE:

Yo, el padre / guardián consiento en permitir que el Centro de Salud Base Escolar Viking (VCSBE) operado por The HealthCare Connection, Inc. (THCC) use y divulgue la información de salud protegida (PHI) de mi hijo(a) para llevar a cabo el tratamiento de atención médica, pagos y operaciones de atención médica. Autorizo al personal de VCSBE, a la enfermera de la escuela y al proveedor médico regular de mi hijo(a) (si es aplicable) a comunicarse y compartir información médica con respecto a la condición médica de mi hijo(a) según sea necesario, entendiéndolo que esta información continuará siendo tratada confidencialmente.

La confidencialidad entre estudiantes, padres y el VCSBE es asegurada. Entiendo que por ley, alguna de la información requiere el consentimiento firmado por el estudiante antes de revelarla a nadie, incluyendo los padres/guardianes; y que el personal de VCSBE le animara a cada estudiante que involucre a su padre/guardián con decisiones del cuidado de salud. También entiendo que al proveer un contacto alternativo, si no me alcanzan contactar, la información médica sobre el estudiante nombrado arriba será compartida entre el VCSBE y el contacto alternativo. Por firmar este consentimiento, yo estoy de acuerdo con los términos y condiciones sobre el compartimiento de la información de salud.

PAGO:

Yo entiendo que hay un cargo de acuerdo con el servicio proveído y que soy responsable de pagar. Cuando es disponible, pasaran la cuenta a mi seguro médico incluyendo Medicaid. El VCSBE puede dar información sobre el tratamiento a terceros pagadores para propósitos fiscales. Yo entiendo que no se niega a nadie acceso a los servicios médicos del VCSBE por no poder pagar.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Yo entiendo y estoy de acuerdo en que la información de salud de mi hijo(a) puede ser almacenada o liberada a través de uno o más sistemas electrónicos de registro de salud a través del cual los profesionales de la salud y las instalaciones y otros involucrados en el cuidado de mi hijo(a) pueden ver y obtener información. También entiendo y estoy de acuerdo en que cuando la información de salud de mi hijo(a) sea liberada de esa manera, puede ser agregada en los registros médicos de otros proveedores de tratamiento y agregada con la información de salud de otros y usada o divulgada para realizar análisis de datos o cualquier otro propósito legal.

Con mi consentimiento, el VCSBE puede llamar a mi casa y dejar un mensaje en el buzón de voz en referencia a cualquier elemento que ayude a proveer atención médica, como recordatorios de citas, artículos de seguro u otros elementos relacionados con la atención clínica de mi hijo(a), entre otros.

Yo entiendo que este consentimiento de revelación de información médica se aplica a la información generada antes de la fecha de este consentimiento y durante cualquier visita posterior mientras este consentimiento esté válido. Este consentimiento es efectivo en la fecha de mi firma (o la firma de mi representante autorizado) a continuación. Puedo revocar este consentimiento por escrito, en cualquier momento; siempre que, sin embargo, dicha revocación no se aplique a ningún uso o compartimiento de mi información de salud que ocurrió antes de la fecha en que se recibió la revocación por escrito.

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Este Aviso describe cómo mi información de salud puede ser usada o revelada. Entiendo que debo leerlo detenidamente. Dentro de este Aviso de Prácticas de Privacidad se incluye una descripción completa de mis derechos de privacidad / confidencialidad. Soy consciente de que la Notificación se puede cambiar en cualquier momento. Me dieron la oportunidad de revisar el Aviso y hacer preguntas con respecto a mis derechos de privacidad. Entiendo que por ley, THCC puede usar o revelar información específica sin autorización. Esas razones específicas se enumeran en la Notificación. Además entiendo que mi información médica está protegida bajo HIPAA por privacidad y confidencialidad y no puede ser liberada sin mi consentimiento por escrito. Al firmar este formulario, estoy autorizando el uso y divulgación de THCC de mi información de salud protegida como se detalla arriba. Sin embargo, puedo dar aviso para restringir el uso de tal información y revocar mi consentimiento por escrito.

Firma del padre o representante del paciente (si es aplicable)

Fecha

Para uso del VCSBE solamente: Firma de testigo (solo permiso verbal obtenido por teléfono)

Fecha

REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA
THE HEALTHCARE CONNECTION, INC.
CENTRO DE SALUD BASE ESCOLAR VIKING (VCSBE)
FORMULARIO DE INSCRIPCION

Nombre Del Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____
Dirección: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Sexo: Femenino Masculino

RAZA/ETNICIDAD/LENGUAGE (Marque Uno)

RAZA: Asiático Nativo Hawaiano Polinesios Negro/Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska
 Blanco Más de una raza No declarado/Negar de reportar

ETNICIDAD: Hispano/ Latino No-Hispano / No-Latino **LENGUAGE PREFERIDO:** _____

SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS (Complete todo lo que aplica)

- Físico anual Físico para deportes Permiso de trabajo Inmunizaciones Visitas enfermas
 No necesita servicio en este momento, por favor, mantenga la forma de consentimiento en el archivo
 Mi hijo es atendido regularmente por otro médico. Quiero usar al VSBHC cuando es necesario. Entiendo que el médico de mi hijo recibirá un reporte de la visita.

Farmacia preferida: _____ **Ubicación:** _____ **Tel:** _____

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL ESTUDIANTE (Por favor marque todo lo que le aplica)

Sin seguro médico Deseo aplicar por servicios descontados

Seguro médico primario:

Nombre del asegurado (titular de la póliza) _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____ SS# del asegurado _____
Dirección (Si es diferente a la del niño) _____
Nombre de la compañía aseguradora _____
Teléfono / Numero de fax _____
Número del Grupo & ID _____

Seguro Médico Secundario:

Nombre del asegurado (titular de la póliza) _____
Fecha de nacimiento del asegurado _____ SS# del asegurado _____
Dirección (Si es diferente a la del niño) _____
Nombre de la compañía aseguradora _____
Teléfono / Número de fax _____
Número del Grupo & ID _____

Medicaid/HMO: Buckeye CareSource Molina Paramount United Healthcare Otro: _____

Nombre Del Miembro: _____ Fecha De Nacimiento _____

Medicaid/HMO ID#: _____ MMIS # _____

REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre: _____ Dirección de envío: _____ Igual que estudiante

Fecha De Nacimiento: _____ SS#: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ ¿Esta bien dejar mensaje telefónico /texto? Si No Núm. Trabajo: _____

Email: _____ ¿Esta bien enviar mensaje al email si no es emergencia? Si No

Padre/guardián responsable por la cuenta medica

Relación al estudiante: Padre Madre Guardián

CONTACTO ALTERNO

Nombre: _____ Dirección de envío: _____ Igual que estudiante

Fecha De Nacimiento: _____ SS#: _____ Teléfono: _____

Celular: _____ ¿Esta bien dejar mensaje telefónico /texto? Si No Núm. Trabajo: _____

Email: _____ ¿Esta bien enviar mensaje al email si no es emergencia? Sí No

Padre/guardián responsable por la cuenta medica

Relación al estudiante: Padre Madre Guardián

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DEL ESTUDIANTE

Proveedor Medico: _____ Dirección: _____ Tel: _____

Fecha del último examen físico: _____

Mi hijo no ha tenido un examen físico en el último año. Si el tiempo lo permite quisiera que durante el año escolar le provean un examen físico a mi hijo.

Mi hijo asiste al dentista regularmente

Dentista: _____ Dirección: _____ Tel: _____

Ultima cita dental: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Aceptamos la mayoría de los seguros médicos, Medicaid y planes de cuidado administrado; también ofrecemos descuentos a las familias sin seguro de salud basado en los ingresos y el tamaño de la familia. Para obtener más información acerca de los servicios con descuento, o para aplicar, los padres deben llamar al Departamento de Finanzas del La HealthCare Connection al **513-483-3068**. A ningún estudiante se le niega los servicios debido a la incapacidad de pago.

Personal están disponibles para ayudar a las familias que no tiene seguro para determinar la elegibilidad para Medicaid o el intercambio de salud federal. Para obtener más información o para solicitar asistencia, los padres deben llamar **513-483-3068** para hablar con un Consejero de Recursos.

Esta forma de consentimiento es válida hasta que su hijo(a) ya no sea un estudiante con el Distrito Escolar de Princeton.

Si necesita servicios de salud en el futuro llame al Centro de Salud Base Escolar Viking

Viking Village: (513) 864-1545

Heritage Hill: (513) 864-1402

REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA
THE HEALTHCARE CONNECTION, INC.
CENTRO DE SALUD BASE ESCOLAR VIKING (VCSBE)
HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Sexo: Masculino Femenino

Grado: _____

Fecha de último examen físico: _____

Fecha de último examen dental: _____

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes problemas médicos? Por favor marque

- Diabetes Depresión
 Asma o Dificultad de Respirar ADHA
 Ataque de Apoplejía Retraso del desarrollo (hablar, motor, cognitivo)
 Otro _____

Por favor, explique los que marcó: _____

Por favor, liste cualquier medicamento de receta o sin receta que está tomando su niño.

Medicamentos	Dosis & Frecuencia

¿Su hijo tiene alergias a cualquier medicamento o comida (por ejemplo, penicilina, huevos)? Si es así, por favor lístelos.

Historia Médica Familiar

Por favor, marque si alguna persona en su familia tiene una de las siguientes condiciones (incluya sólo padres, hermanos, abuelos, tíos, y primos):

- Asma Enfermedad del Corazón o Ataques Diabetes
 Alergias Medio Ambientales Presión Alta

Firma de la persona que completó este formulario: _____

Fecha: ___/___/___

Su nombre con letra de imprenta: _____