

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Identidad de género ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ RECHAZAR especificar

Fecha de nacimiento del
estudiante

Grado

Clase de estudiantes: _____

Escuela de Estudiantes: _____

Dirección postal

Raza (revisa todo lo que aplica): ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio Americano ☐ Blanco ☐ Alaska Nativo ☐ Asiático ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Japonés ☐ RECHAZO

Etnia: ☐ Hispanos ☐ No Hispanos ☐ DECLINARON especificar.

Idioma preferido: ☐ inglés ☐ español, ☐ otros: _____

Necesidades de accesibilidad: ☐ Discapacidad auditiva ☐ Visión ☐ No se necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No

Alergias: _____ Pharmacy _____

PADRES/TUTORES LEGALES

Vive con ☐ padre ☐ madre ☐ Ambos ☐ otros: _____

Nombre del padre o tutor legal	Teléfono# (Casa o móvil)	Teléfono # (Trabajo)	Dirección de correo electrónico
--------------------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

Nombre del padre o tutor legal	Teléfono# (Casa o móvil)	Teléfono # (Trabajo)	Dirección de correo electrónico
--------------------------------	--------------------------	----------------------	---------------------------------

¿Cómo prefieres que te contacten? ☐ Correo ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ En persona

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación con el estudiante
--------	----------------------------

Dirección	Ciudad	Código Postal Estatal
-----------	--------	-----------------------

()	()	()
-----	-----	-----

Teléfono: Casa	Teléfono: Móvil	Teléfono: Trabajo
----------------	-----------------	-------------------

Autorizo a Connect Health + Wellness School-Based Health Care a dejar mensajes relacionados con mi atención a través del contestador automático o buzón de voz. ☐ Sí ☐ No

GARANTE/PARTE RESPONSABLE (OBLIGATORIO)

Nombre _____ Teléfono# _____

Relación con el estudiante: _____ Fecha de nacimiento del garante: _____

Dirección	Ciudad	Estado	Zip
-----------	--------	--------	-----

¿Este Garante también es un paciente inscrito en otros servicios de Connect Health + Wellness? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL SEGURO

☐ **SEGURO MÉDICO** (Seguro privado, Medicaid, número de identificación/número de póliza, etc.) ☐ **SIN SEGURO MÉDICO**

Marca uno: ☐ Mi familia SOLICITARÁ el descuento por tasa móvil ☐ Mi familia RECHAZA el descuento por tasa móvil

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente _____ Cumpleaños del asegurado: _____

PRIMARIA Compañía de seguros	Número de identificación/póliza	Número de
------------------------------	---------------------------------	-----------

grupo ¿Tienes cobertura para recetas? ☐ Sí ☐ No

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente _____ Cumpleaños del asegurado: _____

SECUNDARIA Compañía de seguros	Número de identificación/póliza	Número de
--------------------------------	---------------------------------	-----------

grupo ¿Tienes cobertura para recetas? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SANITARIA

Nombre del médico _____ Medicamentos actuales _____

Por favor, coloque una X para los siguientes servicios que desea que su hijo reciba durante el curso escolar actual en Atención Sanitaria Escolar:

☐ Médico

☐ Dental

☐ Salud Conductual

☐ Optometría/Visión

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

No se administrarán medicamentos de venta libre (OTC) a un niño que no tenga registro o consentimiento registrado para el curso escolar actual. Concedo permiso para que el personal clínico de Connect Health + Wellness (CHW) School-Based Health Care administre la medicación de venta libre seleccionada a continuación a mi hijo según lo solicite. Mi hijo y yo entendemos que solo se administrarán tres medicamentos de venta libre durante un curso escolar. Las solicitudes frecuentes de medicamentos de venta libre podrían sugerir la necesidad de un examen por parte de un profesional sanitario. ☐ Sí ☐ No

Estos son los medicamentos de venta libre que podemos administrar:

☐ Ibuprofeno ☐ Tylenol ☐ Benadryl ☐ Ninguno

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD/CONSENTIMIENTO PARENTAL

El Aviso de Prácticas de Privacidad de Connect Health + Wellness (CHW) se publica en el Centro de Atención Sanitaria Escolar. Puedo obtener un Aviso de Práctica de Privacidad contactando con CHW en el (276) 638-0787, enviando un correo electrónico a info@connecthealthva.org o pegando este enlace en mi navegador: <https://connecthealthva.org/privacy-practices-notice>. El Aviso de Prácticas de Privacidad (Aviso) proporciona información sobre cómo los CHW pueden utilizar y divulgar información sanitaria protegida sobre el estudiante o paciente. Como tutor del estudiante, tengo derecho a recibir y revisar el Aviso antes de firmar este acuse de reconocimiento. Según lo dispuesto en el Aviso, los términos del Aviso pueden cambiar. Si el Aviso es modificado, puedo obtener una copia revisada.

Al firmar este formulario: Reconozco que he sido informado de los usos y divulgaciones de información sanitaria protegida sobre mi hijo para todos los fines establecidos en el Aviso. Reconozco que he revisado el Aviso, entiendo su contenido y cómo se aplica a mi hijo, y que todas mis preguntas sobre el contenido del Aviso han sido respondidas. También entiendo que puedo revocar el permiso para la divulgación de información sanitaria protegida en cualquier momento contactando con CHW en el (276) 638-0787 o enviando un correo electrónico a info@connecthealthva.org, por escrito. Si revoco mi permiso, la CHW dejará de utilizar ni divulgar información sanitaria protegida sobre mi hijo por los motivos cubiertos por mi autorización.

Todos los servicios (excepto primeros auxilios) prestados en el Centro de Atención Sanitaria Escolar de la CHW requieren el consentimiento del padre o tutor del estudiante. Entiendo que esos servicios pueden incluir cuidados de enfermería, tratamiento médico, odontología, atención visual, derivación a asesoramiento y otros servicios sanitarios para promover la salud de mi estudiante; y que toda la información sanitaria es confidencial. **Al firmar este formulario, yo, el padre/tutor de dicho estudiante, doy su consentimiento para que reciba servicios de salud.**

Garantía de pago y precertificación: En consideración a los servicios prestados por CHW, acepto que el Aval es responsable de todos los cargos por servicios recibidos que no están cubiertos por mi plan de seguro de salud o de los que yo soy responsable de pagar bajo mi plan de seguro médico. Acepto pagar todos esos cargos. Además, estoy de acuerdo en que, en la medida permitida por la ley, reembolsaré a CHW todos los costes, gastos y honorarios de abogados incurridos para cobrar dichos cargos. Si mi seguro exige una precertificación o autorización, entiendo que es mi responsabilidad obtener autorización para los servicios prestados según las disposiciones del plan. Entiendo que mi incumplimiento puede suponer una reducción o denegación de los pagos de beneficios y que seré responsable de todos los saldos pendientes.

Al enviar (firmar) este formulario de consentimiento:

- (1) Autorizo a mi hijo a recibir servicios de CHW y sus proveedores cuando yo no esté presente;
- (2) Acepto aceptar los riesgos de los procedimientos médicos, medicación(s), pruebas (incluido el VIH) y otros tratamientos y servicios proporcionados por CHW;
- (3) Acepto cumplir con los procedimientos de la CHW y las responsabilidades del paciente establecidos en este formulario;
- (4) Concedo permiso a los CHW para facturar al seguro de mi hijo por los servicios prestados.

Reconozco que he leído este formulario o que me lo han leído y me lo han explicado, que lo entiendo y estoy de acuerdo con su contenido. Acepto ser sincero al proporcionar información.



Consulta para más
información sobre el
Programa de
Descuento por Tarifas
Móviles.

<https://connecthealthva.org/sliding-fee->

Imprimir Nombre del padre/tutor Fecha

Firma del padre/tutor

Fech

**CONNECT
HEALTH**
+ WELLNESS.