CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS ESCOLARES

Orange County Public Schools (Sistema de Escuelas Publicas del Condado de Orange)
445 W. Amelia Street, Orlando FL 32801 407-317-3200
"La Junta Escolar del Condado de Orange es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades"

Servicios proporcionados por **Healthcare Providers of Florida, Inc.**

Consentimiento para Menor de Edad

Lea cuidadosamente y complete la siguiente declaración que autoriza la prestación de servicios de atención médica de Healthcare Providers of Florida, Inc., a su hijo menor. Healthcare Providers of Florida, Inc. es una entidad externa que no pertenece ni es operada por las Escuelas Públicas del Condado de Orange. Una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) de Healthcare Providers of Florida, Inc. tratará a su hijo.

Yo, por la presente, doy mi consentimiento para que **mi hijo/a,** _____ **(nombre y apellido)**
Fecha de nacimiento _____

Puede recibir los siguientes servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc.

1. Historial médico completo
2. Examen médico para el ingreso escolar y para la participación en deportes, incluyendo un examen inguinal de hernia para los niños varones
3. Examen, diagnóstico, pruebas y tratamiento de enfermedades y lesiones leves
4. Exámenes para problemas médicos concretos.
5. Tratamiento de enfermedades crónicas
6. Exámenes periódicos para mantener la buena salud, información anticipatoria, pruebas preventivas y tratamientos según indique Medicaid.
7. Refereidos a especialistas.
8. Educación médica preventiva
9. Consejería socio-psicológica
10. Administración de medicamentos

Por favor, enumeree cualquier servicio que usted **NO DESEA** que reciba su hijo/a _____

Entiendo que la ley exige la confidencialidad de los registros médicos de mi hijo, como paciente que recibe atención, y esos registros no se divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por la presente libero a Healthcare Providers of Florida, Inc. y las Escuelas Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, directores, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de alguna manera con mi hijo que recibe estos servicios. Mi firma a continuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro, si corresponde, la recepción del aviso de derechos de privacidad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la información médica que se proporciona a continuación.

Progenitor/Tutor legal _____

Teléfono (celular) _____Teléfono (alterno) _____ Email _____

Dirección_____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela a la que asiste _____

FIRMA _____ **FECHA** _____

Información Médica

Proveedor médico _____ **Hospital preferido** _____

Seguro: Sí ___ No ___ **Nombre de mi compañía de seguros** _____ **Tipo:** Privado ___Healthy Kids ____ Medicaid ___

Historial médico: Alergias a alimentos/drogas _____ Medicamentos actuales _____

Problemas médicos crónicos o serios _____Cirugías_____

Hospitalizaciones _____ Otros _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS ESCOLARES

Orange County Public Schools (Sistema de Escuelas Publicas del Condado de Orange)
445 W. Amelia Street, Orlando FL 32801 407-317-3200
"La Junta Escolar del Condado de Orange es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades"

Servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc.

Consentimiento para Adultos

Lea cuidadasamente y complete la siguiente declaración que autoriza la prestación de servicios de atención médica de Healthcare Providers of Florida, Inc. Healthcare Providers of Florida, Inc. es una entidad externa que no pertenece ni es operada por las Escuelas Públicas del Condado de Orange. Será atendido por una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) de Healthcare Providers of Florida, Inc.

Yo, _____ (nombre del paciente) Fecha de nacimiento _____ por la presente, doy mi consentimiento para recibir los siguientes servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc., según corresponda:

1. Historial médico completo
2. Examen médico para el ingreso escolar y para la participación en deportes, incluyendo un examen inguinal de hernia para los niños varones
3. Examen, diagnóstico, pruebas y tratamiento de enfermedades y lesiones leves
4. Exámenes para problemas médicos concretos.
5. Tratamiento de enfermedades crónicas
6. Exámenes periódicos para mantener la buena salud, información anticipatoria, pruebas preventivas y tratamientos según indique Medicaid.
7. Referidos a especialistas.
8. Educación médica preventiva
9. Consejería socio psicológica
10. Administración de medicamentos

Por favor, enumere cualquier servicio que usted **NO DESEA** recibir _____

Entiendo que la confidencialidad de mis registros médicos, como paciente que recibe atención, es requerida por ley, y esos registros no se divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por la presente, libero a Healthcare Providers of Florida, Inc. y las Escuelas Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, directores, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de alguna manera con los servicios prestados. Mi firma a continuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro, si corresponde, la recepción del aviso de derechos de privacidad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la información médica que se proporciona a continuación.

Nombre del Paciente _____

Teléfono (celular) _____Teléfono (alterno) _____ Email _____

Dirección_____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Escuela: Jones High School

FIRMA _____ **FECHA** _____

Información Médica

Proveedor médico _____ **Hospital preferido** _____

Seguro: Sí ___ No ___ **Nombre de mi compañía de seguros** _____**Tipo:** Privado _____ Medicaid _____

Historial médico: Alergias a alimentos/drogas _____ Medicamentos actuales _____

Problemas médicos crónicos o serios _____Cirugías_____

Hospitalizaciones _____ Otros _____