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.

-	r la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a, de nacimiento		(nombre y apellido)				
		Drovidors of Florida, Inc.					
1.	recibir los siguientes servicios proporcionados por Healthcare Historial médico completo	Providers of Piorida, Inc.					
1. 2.	·	on an deporter incluyend	o un ovamon inquinal do hornia para los				
۷.	niños varones	on en deportes, incluyend	o un examen inguinal de hemia para los				
3.	Examen, diagnóstico, pruebas y tratamiento de enfermedade	o, pruebas y tratamiento de enfermedades y lesiones leves					
4.	Exámenes para problemas médicos concretos.	médicos concretos.					
5.	Tratamiento de enfermedades crónicas						
6.	6. Exámenes periódicos para mantener la buena salud, información anticipatoria, pruebas preventivas y tratamientos según indique Medicaid.						
7.	•						
8.	Educación médica preventiva						
9.	Consejería socio-psicológica						
10). Administración de medicamentos						
no se c Escuel cesiona continu privaci	do que la ley exige la confidencialidad de los registros médicos divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informanitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en a manera con mi hijo que , si corresponde, la recepación médica que se prop	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y recibe estos servicios. Mi firma a ción del aviso de derechos de				
no se d Escuel cesiona continu privacia Proger	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informa	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en a manera con mi hijo que , si corresponde, la recep ación médica que se prop	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y e recibe estos servicios. Mi firma a ción del aviso de derechos de forciona a continuación.				
no se d Escuel cesiona continu privacia Proger Teléfor	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la information/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en a manera con mi hijo que , si corresponde, la recepación médica que se prop	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y erecibe estos servicios. Mi firma a ción del aviso de derechos de forciona a continuación.				
no se o Escuel cesiona continu privación Proger Teléfor Direcci	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informinitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en a manera con mi hijo que se is corresponde, la recepación médica que se prop	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y erecibe estos servicios. Mi firma a ción del aviso de derechos de forciona a continuación.				
no se d Escuel cesiona continu privacia Proger Teléfor Direccia	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informinitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en a manera con mi hijo que , si corresponde, la recepación médica que se prop Email Ciudad	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y e recibe estos servicios. Mi firma a ción del aviso de derechos de forciona a continuación. Código Postal				
no se d Escuel cesiona continu privacia Proger Teléfor Direccia	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informinitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en la manera con mi hijo que la recepación médica que se prop Email Ciudad FECHA	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y e recibe estos servicios. Mi firma a ción del aviso de derechos de forciona a continuación. Código Postal				
no se d Escuel cesiona continu privacia Proger Teléfor Direccia Escuel	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informinitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en la manera con mi hijo que la si corresponde, la recepación médica que se prop Email Ciudad FECHA	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y execibe estos servicios. Mi firma a eción del aviso de derechos de exerciona a continuación. Código Postal				
no se d Escuel cesion: continu privacio Proger Teléfor Direcci Escuel FIRMA	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informinitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en a manera con mi hijo que , si corresponde, la recep ación médica que se prop Email Ciudad FECHA Médica Hospital preferido	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y execibe estos servicios. Mi firma a eción del aviso de derechos de exerciona a continuación. Código Postal				
no se d Escuel cesiona continu privacia Proger Teléfor Direcci Escuel FIRMA Provee	divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Pol las Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, d arios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de algunuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro dad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la informinitor/Tutor legal	la presente libero a Heal irectores, funcionarios, en la manera con mi hijo que la si corresponde, la recep ación médica que se prop Email Ciudad FECHA n Médica Hospital preferido Tipo: Priva	thcare Providers of Florida, Inc. y las inpleados, agentes, sucesores y execibe estos servicios. Mi firma a eción del aviso de derechos de forciona a continuación. Código Postal Healthy Kids Medicaid				

Otros ___

Hospitalizaciones _____

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

Provide Pública	idadasamente y complete la siguiente decl ers of Florida, Inc. Healthcare Providers of as del Condado de Orange. Será atendido da, Inc.	Florida, Inc. es una entida	ad externa que r	no pertenece ni es operada	por las Escuelas		
	(nombr						
doy mi corresp	consentimiento para recibir los siguientes conda:	servicios proporcionados	por Healthcare	Providers of Florida, Inc., so	əgún		
1.	Historial médico completo						
2.	Examen médico para el ingreso escolar niños varones	xamen médico para el ingreso escolar y para la participación en deportes, incluyendo un examen inguinal de hernia para los iños varones					
3.	Examen, diagnóstico, pruebas y tratamie	ento de enfermedades y le	esiones leves				
4.							
_	5. Tratamiento de enfermedades crónicas						
0.	Exámenes periódicos para mantener la buena salud, información anticipatoria, pruebas preventivas y tratamientos según indique Medicaid.						
7.	•						
8.							
9.							
10	. Administración de medicamentos						
Escuel cesiona autoriz exige h	divulgarán a ninguna persona o entidad sin as Públicas del Condado de Orange, junto arios, de toda responsabilidad derivada o r a el tratamiento médico, la facturación del HIPAA, y confirma la exactitud de la informa	con sus afiliados, directo elacionada de alguna ma seguro, si corresponde, la ación médica que se prop	res, funcionarios nera con los ser a recepción del a orciona a contin	s, empleados, agentes, suc vicios prestados. Mi firma a aviso de derechos de privad luación.	esores y a continuación		
	e del Paciente						
	no (celular)						
Direcci	ón		_ Ciudad	Codigo Postal			
Escuel	a: Jones High School						
FIRMA			FECHA				
		Información Méd	lica				
Prove	edor 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		Cirugía	s				
Hospita	alizaciones		Otros				