

CENTRO DE SALUD DE LAS ESCUELAS DE URBANA

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL PARA TODOS LOS SERVICIOS

El Centro de Salud de la Escuela de Urbana consiste en una asociación con agencias locales que están dedicadas a la salud y bienestar de su niño. La sociedad incluye a el Distrito #116 Escolar de Urbana, el Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana, Centro de Salud Comunitario Frances Nelson, el Centro de Salud Mental del Condado de Champaign, y los Sistemas de Salud del Prairie Center. Un médico, un enfermera/médico-practicante o un ayudante del médico, un dentista, un higienista dental, una enfermera, un trabajador social y un nutricionista están disponibles, basado en horario, para proporcionar cuidado médico primario, cuidado dental, servicios psico-sociales y consultas de nutrición a TODOS los estudiantes registrados en el distrito Escolar de Urbana.

Los servicios disponibles pueden incluir, pero no están limitados a:

1. Examen físico, evaluación de la salud y evaluaciones para problemas de salud
2. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
3. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
4. Educación y promoción de salud. Se ofrecerán clases de promoción y/o la prevención sobre salud
5. Inmunizaciones/ Vacunas
6. Promoción de la salud incluyendo la cesación de fumar, nutrición, manejo del peso
7. Cuidado médico reproductivo incluyendo; exámenes ginecológicos y Papanicolaou, educación de enfermedades de contagio sexual, pruebas y tratamiento, educación de VIH/SIDA, consejería y exámenes.
8. Pruebas de laboratorio incluyendo cultivos de la garganta, exámenes de sangre, pruebas de mononucleosis, etc.
9. Servicios de consejería y salud mental
10. Exámenes y tratamientos dentales
11. Remisiones a otras agencias para los servicios no proporcionados en el Centro de Salud de la Escuela

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL

El niño ya mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos en el Centro de Salud de la Escuela de Urbana situado en la preparatoria de Urbana por sus socios contratistas. Me han informado y entiendo los servicios que pueden ser proporcionados. También entiendo que un padre, guardian legal o estudiante que tenga permitido bajo la ley de Illinois dar su permiso tiene derecho a declinar servicios de salud. También entiendo que aunque me invitan estar presente para las citas, mi presencia no es requerida y que firmando abajo, yo estoy autorizando que el Centro de Salud proporcione servicios a mi niño en su mejor interés.

Entiendo que bajo la ley de Illinois, un joven mayor de 12 años tiene la misma capacidad como un adulto a consentir a ciertos servicios médicos y no requiere a ningún permiso de los padres para tales servicios.

Autorizo la entrega de la información relevante de la salud y los expedientes médicos con respecto a tratamientos al Centro de Salud de la Escuela y a sus socios en colaboración para facilitar las necesidades de salud de mi niño. También autorizo al centro de Salud escolar para que comparta información sobre el tratamiento de mi hijo(a) al seguro médico u otros terceros para la facturación, manejo del programa y evaluación de acuerdo con leyes y regulaciones federales y del estado sobre confidencialidad.

Autorizo al Centro de Salud Escolar para que comparta el record de vacunas de mi hijo y la copia de los exámenes médicos llevados a cabo en el centro de salud con el Distrito Escolar de Urbana. Autorizo al Distrito Escolar de Urbana para que comparta records de vacunas con el Centro de Salud del Distrito.

Entiendo que si mi niño tiene 12 o más años y recibiera servicios de salud mental y abuso de alcohol/drogas en el Centro de Salud de las Escuelas de Urbana, puede recibir hasta cinco sesiones de terapia sin mi consentimiento. Estoy enterado que una forma separada de consentimiento de los padres necesitará ser firmada para los servicios mentales/del abuso de drogas/alcohol. Por ley, no se permitirá a un niño menor de 12 años recibir servicios mentales/del abuso de alcohol/drogas sin consentimiento de los padres.

Firma del padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

Firma del cliente (mayor de 12 años) _____ Fecha _____

Asignación de los Beneficios de Seguro

Autorizo por este medio el pago al Centro de la Salud de la Escuela de Urbana y a sus proveedores contratistas el costo regular del tratamiento que de otra manera será pagado a mí, pero sin exceder los costos regulares del Centro. Entiendo que soy financieramente responsable con el Centro de Salud de la Escuela de Urbana y con los proveedores contratistas por los costos no cubiertos por mi plan de seguros.

Firma Autorizando - Padre/Tutor Legal _____ Fecha _____

CENTRO DE SALUD DE LAS ESCUELAS DE URBANA

INFORMACION DEL ESTUDIANTE/PACIENTE

Escuela _____ Grado _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____ Mujer Varón
Apellido Nombre

Nombre del padre/tutor legal: _____

Dirección del padre/tutor legal: _____
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Empleador _____

Contacto de Emergencia _____ Parentesco al niño _____ Teléfono _____

DOCTOR U OTRO PROVEEDOR DE SALUD

Frances Nelson Centro de Salud Distrito de Salud Pública en Champaign-Urbana

Clínica Carle Clínica Christie Otro _____

Número de Teléfono del Doctor u otro Proveedor _____

RAZA

Indio Americano Asiático Blanco/No Hispano
 Negro/Hispano Negro/No Hispano Hawaiian/Isla del Pacífico
 Biracial No sabe Blanco/Hispano

LENGUAJE PREFERIDO

Inglés Español Otro (especifique) _____

SÍ, TENEMOS SEGURO MÉDICO

SI USTED TIENE SEGURO MÉDICO POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO (LOS DOS LADOS)

MEDICAID/ALL KIDS/KIDCARE HMO PPO/POS Indemnidad/Pagar por Servicio

Nombre de la compañía de seguro médico _____

NO, NO TENEMOS SEGURO MÉDICO

¿Califica para el Programa de Almuerzo Gratis o de Costo Reducido en la Escuela? SÍ NO No sabe