TAPESTRY 360 HEALTH

SMART STUDENT HEALTH
SCHOOL HEALTH MODEL FOR ACADEMICS REACHING ALL TRANSFORMING LIVES

FORMULARIO DE CONSERNTIMIENTO PARA LA INSCRIPCION EN EL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO **N^{o} ident. del alumno:_____**

Nombre del alumno/menor:_____Fecha de nacimiento:_____Sexo: M F U

Telefono del alumno:_____Direcion de correro electronico del alumno:_____

Direccion:_____Apt:_____Codigo Postal:_____

Grupo racial: Indigena Americano/Nativo de Alaska Afroamericano/Negro Blanco Hispano/Latino Asiatico

Nombre de Padre/Guardian:_____Relacion con el alumno:_____

Telefono: Cellular: ( )_____Trabajo: ( )_____Principal: ( )_____

Contacto de emergencia: _____Relacion con el alumno:_____

Telefono: Cellular: ( )_____Trabajo: ( )_____Principal: ( )_____

Nombre de la farmacia:_____Telefono: ( )_____

Proveedor Primario:_____Telefono: ( )_____

Idioma de preferencia: Padre – Ingles Espanol Otro:_____ Alumno – Ingles Espanol Otro:_____

Si el alumno tiene un numero de seguro social, favor de proporcionarlo: _____

TIENE SEGURO DE SALUD?_____Si _____No ***Si tiene seguro, complete lo siguiente:***

_____AllKids/Medicaid Nº ident. Beneficiario:_____ Compania de seguro:_____

_____Segura Privado Nº ident. Beneficiario:_____Compania de seguro:_____

Consentimiento del padre/tutor legal

Autorizo y doy mi consentimiento para la inscripción del menor nombrado arriba, del que soy padre/madre o tutor legal. Mi consentimiento permitirá a los profesionales calificados de Tapestry 360 Health y/o Alternatives, Inc. proporcionar servicios completos médicos, dentales y de consejería (si se ofrecen en el centro de salud de la escuela de mi hijo/a) a mi hijo/hija, También doy mi consentimiento para el uso de Telemedicina, ya sea solo audio interactivo o con video, para realizar visitas de asesoramiento médico, si el proveedor de la clínica considera que es lo mejor para la salud y la seguridad de mi hijo/a incluidos servicios de atención de la salud mientras él/ella asista a la escuela. Este consentimiento será válido por el plazo en que el menor nombrado arriba asista a la Escuela . Entiendo que personal de la escuela o de la clínica podrá acompañar a mi hijo/a hasta el centro de salud escolar de HHC si la clínica no está ubicada en la escuela de mi hijo/a. Además, acepto que a mi hijo/a se le podrían proporcionar algunos servicios médicos y dentales en un centro de salud comunitario de HHC, y que se me notificará de ello. Entiendo que no se realizarán experimentos médicos sobre mi hijo/a, y que puedo retirar mi consentimiento mediante notificación por escrito al Centro de Salud.

La atención médica y dental completa incluye los mismos servicios que mi hijo/a recibiría en el consultorio o clínica de un médico o dentista. Estos servicios podrán incluir, entre otros:

- Chequeos escolares y deportivos, primeros auxilios para lesiones leves, tratamiento de dolencias agudas como dolor de garganta, resfriados o problemas de estómago, y tratamiento de dolencias crónicas como el asma y la diabetes.
- Todas las vacunas recomendadas por los CDC (DTaP/Tdap/Td/IPV/Hep B/Hep A/MMR/Varicela/MCV4/MenB/VPH/Gripe). Adjuntamos las declaraciones informativas sobre vacunas (VIS, por sus siglas en inglés) para las vacunas que su hijo/a podría requerir. También puede consultarlas en este sitio web www.tap360health.org/our-services/student-health
- Educación y promoción de la salud, consejería nutricional, servicios de salud reproductiva.
- Los servicios de consejería incluyen el apoyo que un trabajador social/consejero proporcionaría al alumno en relación con dificultades en el aula, abuso de sustancias y/o otros temas en el desarrollo del adolescente.
- Atención psiquiátrica ambulatoria (no está disponible en todos los centros).
- Servicios de laboratorio, tales como muestras de sangre o de orina.
- Los servicios dentales (no están disponibles en todos los centros) podrán incluir, entre otros: chequeos de rutina o de emergencia, radiografías, limpieza, tratamiento con flúor y selladores. Se deberá obtener un consentimiento por separado para planes de cuidado que incluyan el tratamiento de caries, la extracción de dientes irreparables, etc.

Entiendo que un padre, un tutor legal, o un estudiante a quien la ley de Illinois autoriza a consentir en su propio nombre tiene el derecho de rechazar cualquier servicios de salud o atención médica. Entiendo que el personal del Centro de Salud podría solicitar formularios adicionales relacionados con ciertos tipos de tratamientos o procedimientos para mi hijo/a. Entiendo que mi hijo/a podrá dar su consentimiento para recibir ciertos tipos de servicios, y que se garantizará la confidencialidad entre el alumno y los profesionales del Centro de Salud respecto a áreas específicas designadas por las leyes de Illinois, y que no se hablará de dichas áreas con el padre/madre/tutor legal salvo que el alumno esté de acuerdo. Asimismo entiendo que los registros médicos mantenidos por el Centro de Salud tienen carácter confidencial.

Autorizo a la escuela a divulgar los registros médicos y escolares al personal del Centro de Salud Escolar, así como al personal del Centro de Salud Escolar a divulgar los registros médicos a la escuela y a mi proveedor de atención de la salud para ayudar a cuidar a mi hijo/a. Asimismo autorizo a los demás proveedores de atención de la salud de mi hijo/a a divulgar información al personal del Centro de Salud Escolar según sea necesario. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de HHC está disponible para mi consulta en el sitio web de Tapestry 360 Heath, www.tap360health.org, o bien puedo solicitar y obtener una copia impresa en el centro de salud.

_____ _____

Firma del padre/madre o tutor legal **Fecha**

Nombre del padre/madre o tutor legal (use letra de molde)_____

Siguiendo las recomendaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE.UU. y de la Academia Americana de Pediatría, recomendamos encarecidamente la vacuna anual contra la gripe. Como parte de nuestros servicios, a su hijo/a se le ofrecerá la vacuna contra la gripe cada otoño. Si usted NO desea que su hijo/a reciba la vacuna contra la gripe, marque casilla. ☐