

**HEARTLAND HEALTH CENTERS**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

**DATOS DEL ALUMNO** N° ident. del alumno: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F U

Teléfono del alumno: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico del alumno: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Grupo racial: Indígena Americano/Nativo de Alaska Afroamericano/Negro Blanco Hispano/Latino Asiático

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Principal: ( ) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el alumno: \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Principal: ( ) \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Proveedor Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Idioma de preferencia: Padre – Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_ Alumno – Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

Si el alumno tiene un número de seguro social, favor de proporcionarlo: \_\_\_\_\_

**TIENE SEGURO DE SALUD?** Si No Si tiene seguro, complete lo siguiente:

\_\_\_\_\_ AllKids/Medicaid N° ident. Beneficiario: \_\_\_\_\_ Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Segura Privado N° ident. Beneficiario: \_\_\_\_\_ Compañía 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 Heartland Health Centers (HHC) 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.Heartlandhealthcenters.org/our-services/student-health](http://www.Heartlandhealthcenters.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 HHC, [www.Heartlandhealthcenters.org](http://www.Heartlandhealthcenters.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.