

CENTRO DE SALUD ESCOLAR MAINE ESTE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ MADRE O TUTOR PARA SERVICIOS DE SALUD

DATOS DEL ALUMNO

Nombre del Alumno _____ Núm. de Ident. Escolar _____
Apellido Nombre

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Varón Mujer 1º Año 2º Año 3º Año 4º Año

Dirección _____ Fecha de Nacimiento _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nombre del Padre/ Madre o Tutor _____

Teléfono: Casa () _____ Empleo, Padre () _____ Empleo, Madre () _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____

Parentesco con el Alumno _____ Tel. () _____

Doctor/ Proveedor de atención médica del alumno _____ Tel. () _____

Alergias a medicamentos _____

¿Tiene cobertura de seguros para servicios médicos? Sí No

Si su respuesta es sí, qué tipo de cobertura de seguros?

Medicaid del Estado Sí No Si su respuesta es sí, # de abonado _____

AllKids Sí No Si su respuesta es sí, # de abonado _____

Seguro médico privado o HMO Sí No

Si su respuesta es sí: Nombre de la compañía de seguros _____
 Nombre del asegurado _____
 Número de seguro social o identificación del asegurado _____
 Nombre del empleador _____
 Número de póliza _____ Número de grupo _____
 Dirección de la Compañía de Seguros o HMO _____
 Número de teléfono de la Compañía de Seguros o HMO _____

Otra cobertura _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTOR

El alumno antes mencionado tiene mi consentimiento para recibir servicios ofrecidos por el Centro de Salud Escolar ubicado en la Escuela Secundaria Maine Este. He recibido la lista de los servicios disponibles en el Centro de Salud y entiendo el alcance de los servicios que se proporciona a los alumnos. Además, entiendo que los servicios disponibles a través del Centro de Salud Escolar no está previstos para brindar atención primaria, y no substituyen el control de la salud del alumno por los padres o tutor o las visitas regulares a un médico de cabecera.

Se mantendrá la confidencialidad de los expedientes y la información médica según lo indican las leyes y reglamentos federales y estatales pertinentes.

Consiento en la divulgación de información de salud del alumno relevante al Grupo Médico Advocate para facilitar la evaluación de las necesidades de salud del alumno y para brindarle servicios médicos en el Centro de Salud Escolar. Además, autorizo al Centro de Salud Escolar a que divulgue la información relacionada con el tratamiento de mi hijo(a) a terceras partes que efectúen pagos, o a otras personas en relación con la facturación, administración de programa y evaluación de acuerdo con las leyes y reglamentos federales y estatales.

Firma del Padre/ Madre o Tutor _____ Fecha _____