

LIFQHC School Based Health Center Parental Consent Form

Roosevelt High School SBHC Freeport High School SBHC Westbury High School SBHC

Tenga en cuenta que su hijo puede usar el Centro de escolar y consultar a sus otros médicos. La firma de este consentimiento no cambia su seguro, no cambia su médico privado y no afecta la cantidad de veces que su hijo puede ver a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Estudiante: _____
Apellido de Estudiante: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado: _____
Sexo: Hombre Mujer
Dirección del estudiante : _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono celular del estudiante : _____

Correo electrónico del estudiante: _____

* Número de Seguro Social del Estudiante : ____ - ____ - ____
(* opcional: utilizado solo para propósito de seguro)

Etnicidad – Marque todas las que Apliquen

- Blanco Negro/Afroamericano Asiático /Isleño del Pacífico
 Indio Americano Nativo de Alaska
 Otro _____

Indique el proveedor de atención primaria del estudiante, si tiene uno

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Yo asigno a SBHC/LIFQHC como me proveedores Primario:

- Si No

INFORMACION DE LOS PADRES/GUARDIAN

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Casa / Trabajo Tel: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Casa / Trabajo Tel: _____

Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Si es Guardián, relación con el estudiante:

- Abuelo Tia/Tio Padre adoptivo

Otro: _____

Idioma preferido de los Padres /Guardián: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Indique la Farmacia a la que podemos enviarle sus recetas.

Farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Telefono de farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

El Centro de salud escolar brinda atención a los estudiantes, tengan seguro o no. Si el estudiante tiene Medicaid u otro seguro, es importante informar al Centro de Salud Escolar para facturar los servicios. No hay costo de bolsillo para usted por los servicios recibidos en el Centro de Salud Escolar.

¿Tiene su hijo/hija seguro de salud?

- Si , Nombre de Centro De Salud: _____ Identificación de miembro / Número de póliza : _____

¿Tiene Medicaid? Si : Medicaid ID#: _____

No, mi hijo/hija no tiene seguro médico

Todos los niños en Nueva York pueden obtener un seguro de salud, incluso si son inmigrantes indocumentados. Si su hijo/hija no está asegurado, el Centro de salud Escolar puede conectarlo con un representante de seguro de salud pública.

Si su hijo/hija no tiene seguro médico, ¿le gustaría que un representante lo contacte para ayudarlo a obtener un seguro médico? Sí No

BOX 1: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Por favor lea, Caja 1

He leído y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma proporciona el consentimiento para que mi hijo/hija reciba los servicios proporcionados por el **Centro de Salud Escolar de LIFQHC**. Doy permiso para que mi hijo/hija se inscriba en el Centro de Salud Escolar de LIFQHC. Entiendo que este formulario de consentimiento permanecerá vigente mientras mi hijo/hija esté inscrito en el escolar, a menos que lo notifique por escrito al Centro de Salud. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento.

X

Firma del Padre/ Guardián

Fecha

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/hija (indicado arriba) pueda recibir servicios de salud si ningún costo ofrecidos por un médico, enfermera practicante y otros profesionales certificados por el Estado de Nueva York del programa de salud de la Escuela de Roosevelt/Freeport/Westbury y de bajo costo en centro de salud escolar de LIFQHC y que incluye los siguientes servicios como parte del programa centro de salud escolar. Que esta subministrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

- Examen físico completo y análisis de laboratorio para escuela, deportes y trabajo
- Prueba del oído, la vista, escoliosis y presión arterial (presión alta/baja)
- Inmunizaciones o Vacunas y Primeros auxilios
- Recetas y tratamiento de las enfermedades
- Verificación de embarazo
- Referencia Dental
- Pruebas clínicas y tratamiento de enfermedades sexuales
- Educación y consejería sobre la salud, Nutrición y control de peso
- Consejera para problemas de la escuela y personales
- Provisiones para servicios de salud en los centros de salud de LIFQHC después de las escuela y durante las vacaciones escolares

Yo entiendo que cuando sea necesario se hará todo lo posible para tratar de comunicarse conmigo antes de dar tratamiento que requiera el consentimiento de los padres bajo la ley del estado de Nueva York. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el equipo médico se aseguren que los servicios específicos no serán divulgados con los padres o guardianes del estudiante solamente cuando el estudiante lo permita. El personal del Centro de Salud Escolar de LIFQHC considera que el involucramiento de los padres es importante. El personal motivara a que el estudiante incluya a sus padres/ guardianes a los servicios médicos y/o de consejería.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Caja 2

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE
CONFIDENCIALIDAD
PARA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Reconocimiento de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad: Reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC), el cual describe cómo la información sobre mi salud puede ser usada y divulgada por LIFQHC y cómo puedo obtener acceso y controlar el uso y divulgación de esta información.

Firma del Paciente o Representante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Paciente (Imprimir): _____

Nombre del Representante Personal: _____

(Imprimir) (Si es aplicable)

Relación con el Paciente: _____

(Si es aplicable)

Informes al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York

Caja 3

Por la presente autorizo a LIFQHC a reportar cualquier inmunización que su personal médico me administre al Sistema de Información de Inmunización del Estado de Nueva York.

Firma del Paciente o Representante: _____ **Fecha:** _____



FORMULARIO MODELO DE CONSENTIMIENTO PARA RHIO Long Island Federally Qualified Health Center “LIFQHC”

En este Formulario de consentimiento, puede escoger si permite a LIFQHC tener acceso a su historia clínica a través de una red informática operada por HEALTHIX, que es parte de una red informática estatal. Esto puede ayudar a recolectar las historias clínicas que tiene en diferentes lugares donde ha sido tratado, y ponerlas a disposición de nuestra oficina de manera electrónica.

Usted puede usar este Formulario de consentimiento para decidir si permite o no a LIFQHC ver y obtener acceso a su historia clínica electrónica. Puede dar o negar su consentimiento, y puede llenar este formulario ahora o más adelante. **Su elección no afectará el que reciba atención o cobertura médica. Su elección de dar o negar su consentimiento no puede ser la base para negarle servicios médicos.**

Si marca el casillero "**DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "Sí, el personal de LIFQHC involucrado en mi atención puede ver y acceder a todas mis historias clínicas a través de HEALTHIX".

Si marca el casillero "**NO DOY MI CONSENTIMIENTO**" a continuación, está diciendo "No, LIFQHC no puede tener acceso a mi historia clínica a través de HEALTHIX para ningún propósito".

HEALTHIX es una organización sin fines de lucro. Comparte información sobre la salud de las personas de manera electrónica y segura, para mejorar la calidad de los servicios médicos. Esta forma de compartir se denomina ehealth o tecnología de la información médica (TI médica). Para conocer más acerca de ehealth en el Estado de Nueva York, lea el folleto, "Mejor información significa mejor cuidado". Puede consultar a LIFQHC, o ingresar al sitio web www.ehealth4ny.org.

Lea detenidamente la información al dorso de este formulario antes de tomar su decisión.

Sus opciones de consentimiento. Puede llenar este formulario ahora o en el futuro. Tiene dos opciones.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a TODA** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX en relación con mis servicios médicos, incluida la atención de emergencia.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que LIFQHC acceda a** mi información médica electrónica a través de HEALTHIX para cualquier propósito, *incluso en una emergencia médica.*

NOTA: A MENOS QUE MARQUE ESTE CASILLERO, la ley del Estado de Nueva York permite que las personas que lo atienden en una emergencia accedan a su historia clínica, incluidos los registros que están disponibles a través de HEALTHIX.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del paciente o del representante legal del paciente

Fecha

Nombre del representante legal en letra de imprenta
(si es aplicable)

Relación del representante legal
con el paciente (si corresponde)

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. **ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).**

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información:

8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información:

9(a). Información específica a divulgar:

- Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____
- El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

Otro: _____

Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ **Tratamiento de alcohol/drogas**

_____ **Información de salud mental**

_____ **Información relacionada con el VIH**

Autorización para discutir información médica

(b) Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____
 Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica
 para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: <input type="checkbox"/> A solicitud de una persona individual <input type="checkbox"/> Otro:	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización:
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario:	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente:

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 51-0102S (Rev. 11/13) White – Record Yellow – Member