



### Consentimiento Escolar E-3

## Servicios de asesoramiento y trabajadores de salud comunitarios

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escolar: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

#### Servicios provistos:

- Educación individual, grupal, familiar y comunitaria
- Servicios de salud mental, incluidos exámenes de detección, evaluación, asesoramiento y referencias
- Educación de salud
- Referencias para servicios el uso de sustancias
- Servicios de Telesalud / Visitas virtuales
- Entrenamiento de habilidades

Si desea que su hijo reciba servicios de asesoramiento, por favor marque la casilla "consentimiento" a lado de cada servicio, firme y feche la parte inferior de esta página y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

#### Servicios de Asesoramiento

**Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba asesoramiento, servicios de trabajadores de salud comunitarios y/o atención psiquiátrica** (Ejemplos: asesoramiento individual, educación para la salud, entrenamiento de habilidades, referencias a recursos comunitarios y coordinación de recursos y/o servicios externos, evaluaciones y revisiones de medicamentos).

¿Tiene su hijo seguro de salud?  S  N

#### Seguro de salud (elijá uno):

Medicaid #: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre de madre/padre asegurado, nombre de compañía de seguro y número de póliza

Otro: \_\_\_\_\_

#### Información del Padre/Madre/Tutor

Madre/tutor: \_\_\_\_\_ F. de nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono particular/laboral: \_\_\_\_\_

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ F. de nac.: \_\_\_\_\_ Teléfono particular/laboral: \_\_\_\_\_

Dirección del padre, de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar \$: \_\_\_\_\_ Número de personas en su hogar: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información importante sobre la salud que debemos saber? \_\_\_\_\_

#### Información Adicional

**Marque la casilla junto a una sola de las siguientes opciones, la que mejor describa su raza:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático                 | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano         |
| <input type="checkbox"/> Más de un grupo                     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái          | <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco                              | <input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo | <input type="checkbox"/> No sabe                     |

**Marque la casilla junto a una de las siguientes opciones, la que mejor describa su origen étnico:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Latino o hispano | <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo |
|---|---|---|

**Marque cualquiera de las casillas que describa su situación de vivienda actual:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda (con parientes no directos, amigos o conocidos)                       | <input type="checkbox"/> Refugio                  |
| <input type="checkbox"/> No en situación de calle (vivienda ocupada legalmente, familia única, propia o de alquiler) | <input type="checkbox"/> Otra                     |
| <input type="checkbox"/> Calle (en la calle, en coches, edificios abandonados, debajo de un puente)                  | <input type="checkbox"/> Desconocido/no reportado |
| <input type="checkbox"/> Transitorio (programa de tratamiento, hospital, prisión, motel)                             |   |

**\* De vuelta a esta página y complete el reverso de este formulario.**



**Encierre en un círculo S o N según su fuente primaria de ingresos o la de su familia:**

1. ¿En los últimos 24 meses ha trabajado en una granja o huerta plantando o recolectando cosechas? S N

**Si respondió que no, puede saltarse las próximas 3 preguntas.**

1. ¿Se ha mudado durante los dos últimos años con el fin de trabajar en agricultura? S N
2. ¿Debido a la naturaleza zafra de su trabajo en agricultura, ha tenido que cambiar de trabajo, reducir el número de horas que trabaja o ha estado temporalmente desempleado durante los dos últimos años? S N
3. ¿Usted o la familia con quien vive han dejado de trabajar en agricultura debido a alguna discapacidad o edad avanzada? S N

S N

**Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal del alumno indicado anteriormente y que estoy autorizado a dar este consentimiento. Este consentimiento se mantendrá vigente durante un año a partir de esta fecha.**

**Firma del Padre, de la Madre o del Tutor**

**Fecha**

Para que los miembros del personal del centro de salud proporcionen servicios, yo autorizo a la escuela a divulgar, basándose en la "necesidad de conocer", los registros escolares a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela, y también autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar los registros médicos a la escuela y a mi proveedor de atención médica según sea necesario para ayudar en el tratamiento y/o para continuar atendiendo a mi hijo. Estos registros podrían incluir lo siguiente: registros de vacunación, horarios de clase, contacto con los padres, dirección, número de teléfono, afecciones médicas y de salud mental, evaluaciones de salud, medicamentos, planes de atención a la salud o información de asistencia. Los proveedores médicos y de salud mental del Centro de salud con base en la escuela pueden participar en los equipos de éxito o asistencia del alumno si fuera necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del alumno indicado arriba a divulgar información a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela según sea necesario. Esta información podría incluir lo siguiente: registros médicos, incluidos resultados de análisis de laboratorio, visitas al consultorio, admisiones en el hospital, vacunaciones e información sobre el IMC (Índice de masa corporal) ingresada en el MCIR (sigla en inglés de Registro de Mejora de la Atención de Michigan), registros dentales y de salud mental. Por este medio autorizo a que el Centro de salud con base en la escuela proporcione los servicios según se indicó anteriormente. Entiendo que, si tengo cobertura, se le facturará a mi compañía de seguro por los servicios proporcionados. Todos los alumnos son atendidos sin importar su capacidad de pago. Por este medio autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar cualquier registro médico requerido por el asegurador, para obtener el pago. En cumplimiento de las reglas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela usarán y compartirán mi información de salud personal (PHI) para: 1) tratar la afección de salud de mi hijo y mantener la continuidad de la atención de mi hijo, 2) pagar por los servicios de salud proporcionados a mi hijo, y 3) operaciones de atención a la salud de rutina incluido para fines de mejora de la calidad, acreditación y educación, u otras divulgaciones según lo exija la ley. Entiendo que el documento de Notificación de Prácticas de Privacidad está a mi disposición en el o los centros donde mi hijo recibe sus servicios de atención de salud y en el sitio web de Cherry Health.