

# POR FAVOR DEVUELVALO A LA ESCUELA

Consentimiento para los Servicios de Salud de la Escuela

Departamento de Salud del Condado de Madison

NINO(A)/ INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Maestro(a) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Equipo \_\_\_\_\_

Apellido del Padre \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

(Por favor del nombre legal y completo de su niño(a))

**Numero** Seguro Social # (si lo tiene) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_ Masculino / Femenino \_\_\_\_\_ Cuantas personas viven en la casa \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica (Si la tiene) \_\_\_\_\_

Dirección, calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

Guardián Legal \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Tel. trabajo \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_

Persona que se puede llamar en Caso de Emergencia (otro además de los padres o guardián) \_\_\_\_\_

Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Tel. celular \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

Su niño es elegible para recibir los almuerzos gratis o reducidos Sí / No / No Sé

**La última Escuela a donde Asistio** \_\_\_\_\_

## Seguro Medico del NINO(A)

SU niño(a) tiene una tarjeta de KY Medicaid Sí / No \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

SU niño(a) tiene una tarjeta de KCHIP Sí / No \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Su niño(a) tiene otro seguro medico Sí / No \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_

Cubre las Inmunizaciones Sí / No / No sé

## Historia Medica del Niño(a)

1) Historia Medica significativa: \_\_\_\_\_

2) Medicinas que toma regularmente: \_\_\_\_\_

3) Alergias a Medicamentos: \_\_\_\_\_

4) Otras Alergias \_\_\_\_\_

5) Mi hijo ha tenido: Varicela: Sí / No \_\_\_\_\_ Vacuna contra la enfermedad de varicela: Sí / No \_\_\_\_\_

El Proveedor de Salud de su Hijo \_\_\_\_\_

**Hay alguien que fuma en su casa** Sí / No

**Mi Hijo(a) HA tenido las siguientes condiciones que amenazan la vida que requiere tratamiento de EMERGENCIA o que se le den medicamentos en la escuela**

**DIABETES**  **ASMA**  **Convulsiones (ataques)**  **ALERGIAS SEVERAS**  **OTRAS** \_\_\_\_\_

## **Consentimiento para los Servicios de Salud/ Asignaciones de Beneficios**

Yo doy permiso para servicios que podría incluir, inspecciones, exámenes, evaluaciones, exámenes de laboratorio, tratamiento, primeros auxilios, medicinas sin receta medica/y cualquier otro servicio que se me dé a mí o a mi hijo(a) por medio de trabajadores o agente de esta clínica escolar. Yo entiendo que no se me están dando garantías acerca de cualquier examen o tratamiento mío o de mi hijo(a) Yo autorizo a la clínica de salud escolar de revelar información medica de mi niño su proveedor principal de salud. También entiendo que la información que es obtenida en la clínica escolar incluyendo, físicos, información de inmunizaciones, también será compartida con la escuela de mi hijo(a) Si mi hijo tiene Medicaid o KCHIP, También autorizo a la escuela escolar de revelar esta información a Medicaid/KCHIP, para que Medicaid y KCHIP puedan ser cobrado por las visitas a la clínica escolar. Yo entiendo que al firmar este consentimiento, estoy consiente que he recibido una copia de la Notificación de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Madison

**EXPIRA UN AÑO DESPUES DE**

**SER FIRMADO**

**X**

(Firma del Padre o Guardián Legal/ Estudiante Emancipado)

(Fecha que se Firmo) MCHD 2

(6/04) Translated OGT