

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO ESCOLAR**

El equipo Médico Escolar de Affinia Healthcare puede proporcionar servicios médicos en la escuela de su hijo. La participación del niño es voluntaria. **Para que su hijo reciba estos servicios; debe proporcionar toda la información que se pide a continuación. Este consentimiento es válido por un año.**

**Datos demográficos:**

Apellido del niño: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/tutor legal (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Número de celular:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Lengua que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_  
 Contactos de Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 # de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Grupo étnico, raza y vivienda (para fines estadísticos únicamente)**

Grupo étnico:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza:  Indio norteamericano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Áfrico-americano  
 Hawaiano nativo o de otras islas Pacífico  Blanco

¿Su familia participan en un programa de asistencia de vivienda?  Sí  No  Prefiero no informar

En caso afirmativo, qué tipo:  Vivienda pública  Vivienda Sección 8  Programa de Vales de Vivienda  Vivienda subsidiada  
 Otro (explique \_\_\_\_\_)

¿Su familia vive en un albergue para desamparados o personas sin techo en este momento?  Sí  No  Prefiero no informar

**Historial médico: Marque cualquier antecedente o dificultad con alguno de los siguientes:**

<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Trastornos auditivos	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Infecciones del oído (frecuentes)	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	Embarazo
<input type="checkbox"/>	Problemas de espalda/Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Cirugía del oído	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Problemas físicos
<input type="checkbox"/>	Problemas de conducta	<input type="checkbox"/>	Eccema	<input type="checkbox"/>	Alta presión	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o epilepsia
<input type="checkbox"/>	Trastorno Hemorrágico	<input type="checkbox"/>	Problemas de la vista	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	Drepanocitosis
<input type="checkbox"/>	Cardiopatía congénita.	<input type="checkbox"/>	Cirugía de los ojos	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/>	Fibrosis quística	<input type="checkbox"/>	Desmayo	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento con plomo.	<input type="checkbox"/>	Otro _____
<input type="checkbox"/>	Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Trastorno Hepático	<input type="checkbox"/>	<b>Ninguno de estos listados</b>
<b>Alergias, sírvase describir el tipo:</b> <input type="checkbox"/> Alimentos _____ <input type="checkbox"/> Látex _____ <input type="checkbox"/> Medicación _____ <input type="checkbox"/> Estacionales _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>describa el tipo de reacción:</b> _____							
Fecha(s) de hospitalización, por favor, describa el problema:							
Fecha Cirugía(s), explique motivos para la cirugía:							
Explique cualquiera de los anteriores que haya marcado:							
Enumere los medicamentos que su niño esté tomando:							
Inquietudes o comentarios:							
_____							
_____							
_____							

**Seguro:**

¿Su hijo tiene **médico**?  Sí  No Si tiene, ¿cuándo fue la última vez que su hijo vio al médico para un examen físico o de bienestar? Proveedor/Clínica: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Farmacia preferida** (Si el médico o enfermera practicante piensa que su hijo se beneficiaría de medicamentos):  
Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño **seguro médico**?  Si  No  
Si los tiene, ¿su hijo tiene seguro de salud con uno de los siguientes planes?

**MO Health Net**  Si  No En caso afirmativo especifique el plan;  **Aetna Better Health MO**, Plan # \_\_\_\_\_  
 **Home State**, Plan # \_\_\_\_\_  **Missouri Care**, Plan # \_\_\_\_\_

**Missouri Medicaid**  Si  No En caso afirmativo, Plan o DCN # \_\_\_\_\_

**Otro Seguro Médico**  Si  No En caso afirmativo, Nombre del Plan y # \_\_\_\_\_

Autorizo que el pago de las compañías de seguros autorizadas se haga a nombre de Affinia Healthcare por concepto de servicios proporcionados a mi hijo. \_\_\_\_\_ **(Iniciales)**

**Permiso para servicios escolares de Affinia**

**Doy consentimiento para lo siguiente** (puede marcar más de un servicio, consulte con la enfermera de la escuela de su hijo sobre los servicios que se ofrecen en la escuela):

**Examen físico completo - (incluye exámenes de la vista y la audición, análisis de orina y de sangre).**

\* Los exámenes físicos pueden requerir que el niño se tenga que desvestir parcialmente durante el examen. Los padres pueden estar presentes. Las niñas pueden usar un sostén o la parte superior del traje de baño

**Si usted no da consentimiento para que se realice cierta parte del examen físico, indique qué servicio(s) quiere excluir:** \_\_\_\_\_

**Inmunizaciones** (papeleo adicional).

**Exámenes de la vista y la audición**

**Evaluación de plomo y hemoglobina**

**Evaluación PPD (Evaluación de Tuberculosis)**

***\*Este consentimiento es válido por un año.***

Doy mi consentimiento para que el equipo escolar de Affinia Healthcare proporcione servicios a mi hijo. Verifico que he leído la información sobre el aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA). \_\_\_\_\_ **(iniciales)**

Doy mi consentimiento para que Affinia Healthcare use y divulgue la información de salud de mi hijo a personas involucradas en los cuidados de mi hijo, inclusive su médico y la enfermera escolar. \_\_\_\_\_ **(iniciales)**

**Nombre de los padres o tutor legal (impresión):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Padre o tutor legal (firma):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Provider Review (signature): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Support Staff Review (initial/date): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Affinia Healthcare  
1717 Biddle Street  
St. Louis, MO 63106**

***Aviso de Prácticas de Privacidad***  
**Formulario de aceptación por escrito**

***Acerca de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad***

Estamos comprometidos en proteger su información de salud. Nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad* incluye:

- Nuestras Obligaciones bajo la ley en relación a su información de salud.
- Cómo podemos usar y revelar la información de salud que tenemos de usted
- Sus derechos en relación a su información de salud
- Nuestro derecho a cambiar el *Aviso de Prácticas de Privacidad*
- Cómo puede el pá ciente presentar una queja si piensa que sus derechos de privacidad han sido violados
- Las condiciones que se aplican a los usos y divulgaciones que no se describen en el *anuncio*
- La persona de contacto para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad

**Se me ha informado sobre el *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Affinia Healthcare. Soy consciente de que tengo derecho a recibir una copia impresa del *Aviso de Prácticas de Privacidad* de Affinia Healthcare si la solicito.**

**Fecha de nacimiento**

\_\_\_\_\_

**Imprimir: Nombre completo del paciente**

\_\_\_\_\_

# de Historia Clínica

**Firma del Paciente/Tutor/Representante Legal**

**Fecha**

**Imprimir: Nombre del Tutor/Representante**

**Título /Parentesco**

**Imprimir: Testigo**

**Título**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(mes)

(día)

(año)

# Cuestionario de contraindicaciones para vacunación de niños y adolescentes

**A los padres/tutores:** Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar cuáles vacunas le podremos dar hoy a su hijo. Si contesta "sí" a alguna pregunta, eso no siempre quiere decir que no deben vacunar a su hijo. Simplemente quiere decir que hay que hacerle más preguntas. Si alguna pregunta no está clara, pida a su profesional de la salud que se la explique.

	Sí	No	No sabe
1. ¿Está enfermo hoy el niño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha tenido el niño algún problema de salud como enfermedad de los pulmones, del corazón, de los riñones o metabólica (como diabetes), asma o un trastorno de la sangre? ¿Está en terapia de aspirina a largo plazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si el niño que va a ser vacunado tiene entre 2 y 4 años de edad, ¿le dijo algún profesional de la salud en los últimos 12 meses que el niño tuvo sibilancias o asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿El niño, uno de sus hermanos o padres, ha tenido convulsiones; ha tenido el niño problemas del cerebro o algún otro problema del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En los últimos 3 meses, ¿ha tomado el niño medicamento que debiliten su sistema inmunológico, tales como cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o le han hecho tratamientos de radiación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Durante el año pasado, ¿le hicieron al niño una transfusión de sangre o de productos de la sangre, o le dieron inmunoglobulina o gamaglobulina o algún medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulario llenado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## ¿Trajo el comprobante de vacunación de su hijo?

sí no 

Es importante que tenga un comprobante de vacunación personal de las vacunas de su hijo. Si no lo tiene, pídale al profesional de la salud de su hijo que le dé uno con todas las vacunas de a su hijo. Guárdelo en un lugar seguro y llévalo todas las veces que su hijo reciba atención médica. Su hijo necesitará este documento importante por el resto de su vida para ingresar a la guardería o a la escuela, para empleos o para viajar al extranjero.