

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:

☐ Anemia	☐ Diabetes	☐ Trastornos auditivos	☐ Trastornos mentales
☐ Asma	☐ Infecciones del oído (frecuentes)	☐ Soplo cardíaco	☐ Embarazo
☐ Problemas de espalda/Escoliosis	☐ Cirugía del oído	☐ Hepatitis	☐ Problemas físicos
☐ Problemas de conducta	☐ Eccema	☐ Alta presión	☐ Convulsiones o epilepsia
☐ Trastorno Hemorrágico	☐ Problemas de la vista	☐ VIH/SIDA	☐ Drepanocitosis
☐ Cardiopatía congénita.	☐ Cirugía de los ojos	☐ Problemas renales	☐ Tuberculosis (TB)
☐ Fibrosis quística	☐ Desmayo	☐ Envenenamiento con plomo.	☐ Otro _____
☐ Problemas dentales	☐ Dolores de cabeza	☐ Trastorno Hepático	☐ Ninguno de estos listados
Alergias, sírvase describir el tipo: ☐ Alimentos _____ ☐ Látex _____ ☐ Medicación _____ ☐ Estacionales _____ ☐ Otro _____ describa el tipo de reacción: _____			
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 (imprenta): _____ **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

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?	☐	☐	☐
2. ¿Es alérgico el niño a algún medicamento, alimento, a algún componente de las vacunas o al látex?	☐	☐	☐
3. ¿Tuvo alguna vez el niño alguna reacción seria a una vacuna en el pasado?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
6. Si el niño es bebé, ¿le dijeron alguna vez que tuvo intususcepción?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
8. ¿Tiene el niño cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
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?	☐	☐	☐
11. ¿Está la niña/adolescente embarazada o hay alguna posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	☐	☐	☐
12. ¿Le aplicaron alguna vacuna al niño en las últimas 4 semanas?	☐	☐	☐

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 llévelo 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.