

**Escuela Secundaria Southeast**  
**Consentimiento Paternal para Servicios del Centro de Salud Escolar**

Estudiante actual de la escuela Secundaria Southeast:  No  Sí

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁN
<b>Apellido del Estudiante:</b> _____ <b>Nombre del Estudiante:</b> _____ <b>Fecha Nacimiento:</b> ____/____/____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">             Mes                      Día                      Año           </div> <b>Seguro Social de Estudiante:</b> _____ <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Grado:</b> _____ <b>Dirección de Estudiante:</b> _____ _____ Ciudad                      Estado                      Código Postal <b>¿Quién es el médico regular del estudiante?</b> <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____  <b>Medicamentos Actuales</b> _____ <b>Alergias Conocidas</b> _____	<b>Madre</b> <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____  <b>Padre</b> <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____  <b>Guardián Legal, Si Aplica</b> <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>Relación del guardián legal con estudiante</b> <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío o Tía <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Información de Contacto del padre/madre o guardián</b> <b>Tel. Hogar:</b> _____ <b>Tel. Trabajo:</b> _____ <b>Cel:</b> _____ <b>Correo Electrónico:</b> _____  <b>Modo preferido de contacto:</b> Teléfono, texto o correo electrónico- por favor circule  <b>Contacto de Emergencia Adicional</b> <b>Nombre:</b> _____ <b>Relación con Estudiante:</b> _____ <b>Tel Hogar:</b> _____ <b>Tel Trabajo:</b> _____ <b>Cel:</b> _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
<b>¿Es su niño/a un paciente ya establecido de Salud MCR?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:  <b>¿Tiene su niño/a Medicaid?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí # _____  <b>¿Tiene su niño/a "Florida Kid Care"?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí # _____  <b>Si su niño/a no tiene seguro médico, se le solicitará información del ingreso familiar para asegurar el cumplimiento con los requisitos federales y para determinar si cualifica para tarifas reducidas o exentas. No se le denegará tratamiento a ningún niño que no pueda pagar por los servicios. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.</b>	<b>¿Tiene su niño/a cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan Médico: _____  <b>ID Miembro/Número de Póliza:</b> _____  <b>Teléfono del Seguro Médico:</b> _____  <b>Yo entiendo que Salud MCR (MCR Health) facturará a terceros por sus servicios, incluyendo cualquier asegurador médico correspondiente o puede solicitarle al estudiante a inscribirse en Medicaid o en otro programa de seguro público.</b>

CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
He leído y entiendo los servicios indicados en las siguientes páginas y mi firma proporciona el consentimiento para que mi niño/a reciba los servicios del Centro de Salud Escolar y Salud MCR, Inc. de la Secundaria Southeast. <b>NOTA:</b> Un <b>menor</b> es una persona con menos de 18 años. Como regla general, la <b>ley de Florida</b> requiere que un <b>menor</b> solicitando tratamiento médico obtenga el consentimiento paternal o del guardián. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias y estatutos de Florida, el consentimiento paternal no es requerido para tratamiento de Emergencia (FS 743.064), Planificación Familiar y Contraceptivos (FS 381.0051), cuidados relacionados al Embarazo (FS 743.065), atención de Enfermedades de Transmisión Sexual (FS 384.30), tratamiento del VIH/SIDA (FS 384.23(3) FAC R. 64D-2.004), tratamiento por Drogadicción/Alcoholismo (FS 397.601), Servicios Ambulatorios de Salud Mental (FS 394.4784). No se requiere consentimiento paternal para estudiantes de 18 años o mayores, o para estudiantes que son padres o que están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia de este Aviso de Practicas de Privacidad. X _____	
<b>Firma del Padre/Guardián</b> <i>(o del estudiante si tiene 18 años o mayor o de lo contrario permitido por ley)</i>	<b>Fecha</b>

CONSENTIMIENTO PATERNAL DE DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA HIPAA	
He leído y entiendo la divulgación de información médica al otro lado de esta forma. Mi firma indica mi consentimiento a divulgar la información médica como especificado. X _____	
<b>Firma del Padre/Guardián</b> <i>(o del estudiante si tiene 18 años o mayor o de lo contrario permitido por ley)</i>	<b>Fecha</b>

**POR FAVOR ASEGÚRESE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

**Escuela Secundaria Southeast**  
**Consentimiento Paternal para Servicios del Centro de Salud Escolar**

**SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

Yo doy consentimiento a mi niño/a para recibir servicios de salud proveídos por los Profesionales de la Salud de Salud MCR en asociación con la Secundaria Southeast, el Centro de Salud Escolar, el Distrito Escolar de Manatee. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud será garantizada en áreas específicas de acuerdo con la ley y los estudiantes serán alentados a involucrar a sus padres o guardianes en las decisiones de consejería y tratamiento médico. Los servicios del Centro de Salud Escolar incluyen, pero no están limitados a:

- a. Atención médica y tratamiento, incluyendo diagnóstico y tratamiento de afecciones agudas y crónicas y enfermedades, ayuda de primeros auxilios para lesiones menores y prescripciones y despacho de medicamentos.
- b. Exámenes físicos generales incluyendo los que se requieren para la escuela, deportes, documentos de empleo y nuevas admisiones
- c. Inmunizaciones
- d. Servicios de laboratorio medicamento prescritos
- e. Educación de la salud y consejería para la prevención de comportamientos de riesgo tales como: drogas, alcohol y abuso del tabaco (fumar) y vapeo ("vaping"), como también educación relacionada a la abstinencia y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y VIH según sea apropiado.
- f. Servicios de la visión, los cuales pueden incluir exámenes completos de la vista incluyendo dilatación, terapia de la vista y el ajuste y el despacho de corrección visual
- g. Servicios dentales, los cuales pueden incluir; examen diagnóstico dental, limpiezas dentales, sellantes dentales, barniz de fluoruro, educación de la salud oral y referidos
- h. Proporcionar medicamentos de venta libre y prescribir (recetar) medicamentos que se consideren necesarios para el tratamiento
- i. Servicios de salud dental, incluyendo examen diagnóstico, evaluación y consejería
- j. Referidos para servicios de salud los cuales no pueden ser proveídos en esta clínica.
- k. Cuestionario/encuesta anual de la salud.

Yo **NO DESEO** que mi niño/a reciba los siguientes servicios de la lista anterior:

*Si usted no desea que su niño/a reciba uno o más de los servicios de la lista anterior, por favor escríbalo aquí.*

**CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**  
**CONSENTIMIENTO PATERNAL CONFORME A HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Mi firma en el reverso de este formulario autoriza la divulgación de información médica. Esta información puede ser protegida de la divulgación por la ley federal de privacidad y la ley estatal.

Al firmar este consentimiento, estoy autorizando a que la información médica sea comunicada y compartida entre Salud MCR, el Distrito Escolar de Manatee, el personal de la clínica escolar del Departamento de Salud de Manatee y otros proveedores (tales como el médico regular de su niño o el dentista), en la medida que sea necesario para el tratamiento de mi niño/a. Esto puede incluir información médica o información educativa relacionada al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, por uso de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA al igual que expedientes educativos, expedientes de inmunización, datos de suspensiones/referidos a la oficina, datos de asistencia, referidos a equipos de servicios al estudiante y comunicación por escrito o verbal con el personal escolar relacionado a la intervención de la salud mental.

Aseguramos la confidencialidad entre el estudiante, los padres y el centro de salud. Por ley, alguna información requiere el consentimiento firmado por el estudiante antes de la divulgación a cualquiera, incluyendo los padres/guardianes. El personal alentará a todos los estudiantes a que involucren a sus padres/guardianes en las decisiones del cuidado de la salud. Yo soy el guardián legal del/la niño/a mencionado/a anteriormente. Entiendo que si cambia la custodia un nuevo consentimiento tendrá que ser firmado por el guardián legal.

A petición mía, la facilidad o la persona que divulgará esta información médica deberá proveerme una copia de este formulario. Mis preguntas respecto a este formulario han sido contestadas. **Yo entiendo que la utilización de los servicios del Centro de Salud Escolar de la Secundaria Southeast es opcional. Los servicios de la clínica escolar y de emergencia se seguirán ofreciendo como de costumbre, independientemente de que se haya dado o no el consentimiento al Centro de Salud Escolar.**

Yo entiendo que mi consentimiento cubre solo los servicios proveídos en la Secundaria Southeast. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante si no deseo que mi niño/a reciba servicios en el Centro de Salud de SEHS proveyendo una carta por escrito a: SEHS School Based Health Center, 1200 37<sup>th</sup> Ave East, Bradenton, FL 34208.

Yo entiendo que este formulario de consentimiento permanece vigente durante los años que mi niño/a asista a SEHS, Escuelas del Distrito Escolar Manatee, o hasta que la clínica reciba una revocación por escrito de mi parte.

**Mi firma al reverso de este formulario también da el consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud por Salud MCR y el Centro de Salud Escolar de SEHS.**

**POR FAVOR ASEGÚRESE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

Revised 06/02/2020



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

IDIOMA \_\_\_\_\_

REQUIERE TRADUCTOR? YES  NO

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

NUMERO SEG. SOC \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_

ESTADO MARITAL \_\_\_\_\_ TELEFONO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ TELEFONO ALTERNATIVO \_\_\_\_\_

EL MEJOR TELEFONO PARA LLAMARLE \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE EN ESTE NÚMERO? SI  NO  LA MEJOR HORA PARA LLAMARLE \_\_\_\_\_ AM/PM

DIRECCION DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

DIRECCION PARA CORREO, SI ES DIFERENTE:  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL PAGADOR: (SOLAMENTE COMPLETE ESTA SECCION SI LA INFORMACION ES DIFERENTE A LA DEL PACIENTE)

NOMBRE DEL PAGADOR: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PAGADOR: \_\_\_\_\_ NUM. SEG. SOC. DEL PAGADOR: \_\_\_\_\_

RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

EMPLEO: PACIENTE O PAGADOR (CIRCULE UNO)

NOMBRE DEL EMPLEO: \_\_\_\_\_

INFORMACION DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

SU RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DESEARIA APLICAR POR TARIFA REDUCIDA? SI  NO

Los pacientes que desean aplicar por tarifa reducida de los servicios prestados serán entrevistados para determinar su elegibilidad. Se requieren documentos apropiados como prueba de su información financiera.



**AUTORIZACION ANUAL**

Yo autorizo al personal médico y/o dental de MCR Health para proveer tratamiento medico y prescribir medicamentos, como ellos lo determinen necesario en:  mi caso,  mi hijo(a),  mis hijos,  mi esposo(a).

Yo, como padre, representante legal o adulto responsable, debo acompañar a todos mis hijos en la clínica y permanecer con ellos por la totalidad de la consulta medica.

Bajo penalidad de perjurio, yo declaro que la información adjunta es verdadera y correcta, y doy mi consentimiento para que MCR Health verifique esta información. Yo autorizo a MCR Health a divulgar cualquier información requerida por la compañía de seguros o por cualquier otra entidad, para facilitar el pago directo en mi nombre a la institución citada anteriormente. Yo estoy de acuerdo que en relación al tratamiento recibido:

en  mi caso,  mi hijo(a),  mis hijos,  mi esposo(a), yo asumiré el costo del tratamiento (s)

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

SU RELACION CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION A MEDICAD (Una copia de la tarjeta de Medicaid debe adjuntarse a esta autorización)**

Yo certifico que soy beneficiario del programa de Medicaid, y pido que los pagos a mi cuenta y beneficios autorizados sean hechos en mi nombre. Yo autorizo a esta clínica y a su compañía de seguros, que tenga a disposición para la División de Servicios Familiares de la Florida, cualquier información concerniente a mi seguro medico y los archivos financieros relacionados con mi cuidado medico. Yo certifico que todos los pagos de la compañía de seguros sean asignados a esta clínica como pago por los servicios recibidos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**AUTORIZACION PERMANENTE PARA MEDICARE (Una copia de la tarjeta de Medicare debe adjuntarse a esta autorización)**

Solicito que los pagos para cubrir los beneficios autorizados por Medicare sean hechos a mi persona o en mi nombre por los servicios provistos por MCR Health. Autorizo a cualquiera que tenga mi información médica o alguna otra información acerca de mi persona, a divulgar la toda información requerida por Health Care Financing Administration y sus agentes, para determinar los beneficios relacionados con los servicios recibidos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

1. Es usted indigente y vive en la calle?     Sí     No
2. Es usted un veterano del servicio militar?     Sí     No

### En los últimos dos años o antes de su jubilación o incapacidad usted o La Cabeza del hogar ha tenido:

3. Usted o la Cabeza de su hogar han trabajado en agricultura: plantando, cosechando, cultivando o empacando cosecha como frutas o vegetales?

Sí     No → Pare aquí  
↓ (continúe con el # A)

- A. Usted o la Cabeza de su Hogar se han mudado de esta área a otro condado o a otro estado en busca de trabajo en agricultura?

Sí → Trabajador Migratorio

No ↓ (continúe con el # B)

- B. Su familia ha vivido en esta área y más de la mitad de sus ingresos provienen de trabajar durante la temporada agrícola?

Si → Trabajador por Temporadas

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha