



*Este documento debe ser completado por el padre/tutor legal autorizado para dar su consentimiento para que se presten servicios de atención médica proporcionado al estudiante mencionado a continuación en el Centro de Salud Escolar. Este documento entrará en vigencia a partir de la fecha en que se firme y a lo largo de la inscripción del estudiante en el sistema del Departamento de Educación del Estado de Hawái, a menos que se solicite lo contrario por escrito.*

**Por favor complete toda la información solicitada, ya que nos ayuda a brindarle un mejor servicio.**  
*Tenga la seguridad de que la información del paciente es confidencial y solo se utiliza para los fines del HICHC.*

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

FN: \_\_\_\_\_ Sexo asignado al nacer:  M  F Escuela a la que asiste actualmente: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio:\* \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

*\*Información requerida para la emisión de recetas médicas*

Seleccione su preferencia para los recordatorios de citas: Teléfono Preferido:  Casa  Celular

Metodo Preferido:  Lamada Telefónico  Mensaje de texto  Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil del Paciente:  Soltero  Casado  Separado Legalmente  Separado Divorciado  Viudo

Raza:  Nativo de Hawai

Origen étnico:  Latino/Hispano

Idioma principal:  Inglés

Nativo de otra isla del Pacifico

No Latino/Hispano

Español

Asiático

Marshalés

Negro/Afroamericano

Ruso

Blanco/Caucásico

Filipino

Indio nativo Americano/Nativo de Alaska

Chino

Más de una raza

**¿Le gustaría tener un intérprete?**

Si

No

Japonés

Lenguaje de señas

Otro

Situación laboral del paciente:  Empleado  Desempleado  Estudiante de tiempo parcial  Estudiante de tiempo complete

Médico de Atención/Primaria/PCP/Pediatra: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Condición de trabajador agricola: [ ] Inmigrante [ ] Temporal [ ] No soy trabajador agricola
Vivienda pública: [ ] Si [ ] No
Discapacitado: [ ] Si [ ] No
Persona sin hogar: [ ] No [ ] Vivienda transitoria [ ] Refugio para personas sin hogar [ ] En situación de calle [ ] Otro
Condición de refugiado: [ ] Si [ ] No Si la respuesta es "Si," ¿Cual es su país de origen? \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DEL HOGAR

Por favor complete la información solicitada a continuación. Sus respuestas nos ayudarán a recibir fondos de subvenciones para brindar servicios de atención médica a nuestra comunidad y también pueden ayudarlo a calificar para recibir beneficios adicionales, como un descuento de escala móvil de tarifas u otros descuentos en medicamentos o servicios. Tenga la seguridad de que su información personal e identificable nunca se divulga.

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_
Ingresos mensuales brutos del grupo familiar: [ ] Sin ingreso [ ] \$100-500 [ ] \$500-1,000 [ ] \$1,500-2,000 [ ] \$2,500-3,000 [ ] \$3,500-4,000 [ ] \$5,500-6,000 [ ] Otro (especificar): \_\_\_\_\_

HISTORIA DE LA SALUD DEL ESTUDIANTE

Lista de alergias a alimentos o medicamentos: \_\_\_\_\_
Lista de discapacidades: \_\_\_\_\_
Lista de todos los medicamentos (incluidas la dosis y la frecuencia): \_\_\_\_\_
Lista de todos los suplementos tomados (incluida la dosis y la frecuencia): \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de los siguientes que correspondan al historial de salud del estudiante:

- [ ] ADHD/ADD [ ] Enfermedades cardíacas [ ] Embarazo
[ ] Anemia [ ] Soplo cardíaco [ ] Alergias estacionales
[ ] Asma [ ] Problemas de audición/vista [ ] Trastorno convulsivo
[ ] Trastorno de sangrado [ ] Problemas del crecimiento [ ] Anemia falciforme
[ ] Cancer [ ] Hepatitis [ ] Enfermedades detransmisión sexual
[ ] Sinusitis crónica [ ] Colesterol alto [ ] Problemas del estómago
[ ] Depresión [ ] VIH (+)/SIDA [ ] Problemas de peso
[ ] Diabetes [ ] Enfermedades de los riñones [ ] Other: \_\_\_\_\_
[ ] Trastorno alimenticio [ ] Alergia al látex [ ] Other: \_\_\_\_\_
[ ] Reflujo esofágico [ ] Enfermedad del hígado [ ] Other: \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR LEGAR #1**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

¿Mismo hogar que el paciente?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR LEGAR #2**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

¿Mismo hogar que el paciente?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

**CONTACTO ALTERNO DE EMERGENCIA (si el padre/tutor no está disponible)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DEL PAGO/GARANTE**

Padre/Tutor Legal #1  Padre/Tutor Legal #2  El Propio Paciente (para pacientes mayores de 18 años)

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Numero de identificación de suscriptor: \_\_\_\_\_

Vinculo entre el paciente y el asegurado/miembro:  El propio paciente  Cónyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor/miembro(primer nombre/apellido): \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Numero de identificación de suscriptor: \_\_\_\_\_

Vinculo entre el paciente y el asegurado/miembro:  El propio paciente  Cónyuge  Hijo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor/miembro(primer nombre/apellido): \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES / TUTOR LEGAL PARA EL ESTUDIANTE**

---

Yo, el padre/madre/tutor del estudiante mencionado, doy mi consentimiento para que reciba servicios médicos de Hawai'i Island Community Health Center (HICHC) en el centro médico situado en la escuela (School-Based Health Center, SBHC) mencionado en la página 1 del formulario de consentimiento, incluyendo los servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, atención de casos agudos como fiebre, evaluación de lesiones y remisiones), dental (por ejemplo, pruebas médicas, evaluaciones y remisiones) y servicios de salud conductual (por ejemplo, evaluaciones, diagnósticos, terapia y remisiones).

Entiendo que esto incluye el consentimiento para las visitas de Telesalud que pueden incluir servicios médicos, salud conductual o tratamiento and prescribed medication dental y procedimientos, pruebas de laboratorio, diagnósticos e información de medicamentos recetados de acuerdo con el criterio de los proveedores de HICHC.

Entiendo que los jóvenes mayores de 14 años pueden dar su consentimiento para recibir sus propios servicios ambulatorios de salud conductual y otros servicios según lo permita la ley. HICHC animará a todos los estudiantes para que hagan que su padre/madre/tutor participe en las decisiones de atención médica.

Entiendo que puedo recibir más información sobre el consentimiento de menores para recibir servicios. Entiendo que la información médica del estudiante es confidencial, pero en ciertas circunstancias, la ley permite o exige que se revele a otros, incluyendo (1) que usted o el estudiante autoricen que se revele la información, (2) lo ordene un tribunal, (3) por control de enfermedades para la salud pública, (4) si el estudiante es un peligro para sí mismo y para otros, o (5) si se sospecha de abuso/negligencia de menores o de adultos mayores.

Entiendo que SBHC es operado por HICHC en cooperación el Departamento de Educación del Estado de Hawái y la escuela anfitriona desde la cual opera el SBHC. No lo es parte de, o directamente operada por la escuela anfitriona.

Entiendo que SBHC es operado por HICHC y ciertos registros sobre el estudiante y su tratamiento se mantendrán por escrito y en la computadora y pueden revisarlos otros proveedores en HICHC para consultas y para continuar la atención.

Entiendo que al estudiante lo puede atender un aprendiz/estudiante identificado como tal y que todos los servicios prestados se supervisarán por un proveedor autorizado. Tengo derecho a rechazar los servicios de un aprendiz/estudiante.

Entiendo que no se negará el acceso a los servicios de atención médica a ningún estudiante por no poder pagar. Al igual que con cualquier centro médico, puede haber un cargo dependiendo de los servicios prestados. Cuando haya un seguro disponible, se facturará a este. Entiendo que la SBHC puede revelar información sobre el tratamiento a terceros pagadores para fines de facturación. Acepto pagar mi parte de los costos relacionados con los servicios prestados al estudiante, si corresponde. La información de facturación se enviará por el correo postal de EE. UU., ya que no se aceptarán pagos en el centro SBHC.

Soy el padre/madre/tutor representante del estudiante. Entiendo que, si la tutela o la representación cambian, el tutor representante deberá firmar un nuevo consentimiento.

Entiendo que dando un contacto alternativo, si no pueden comunicarse conmigo, la información relacionada con el estudiante podrá compartirse entre el proveedor médico y el contacto alternativo.

Entiendo que este formulario de consentimiento es válido para cualquier SBHC operado por HICHC mientras el estudiante está inscrito en una escuela participante del Departamento de Educación del Estado de Hawái, o hasta que solicitado de otra manera.

**CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN**

---

Autorizo a HICHC a entregar copias de registros de vacunas, exámenes físicos, exámenes físicos deportivos y notas del médico a la escuela en la que opera el SBHC.

**RECONOCIMIENTO DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO**

---

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 le exige a todos los médicos y a los centros de atención médica darle a los pacientes un aviso en el que se describa cómo se puede usar y relevar la información médica de una persona y cómo un paciente puede obtener acceso a su información médica personal. El centro médico situado en la escuela tiene una copia de esta política o se puede obtener una copia en el sitio web de HICHC. Debe firmar abajo, confirmando que recibió aviso sobre cómo obtener una copia de nuestras políticas de HIPAA antes de que el estudiante reciba los servicios.

**CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS**

---

Entiendo que se comunicarán conmigo para obtener mi consentimiento antes de administrar cualquier medicamento o vacuna a mi hijo, excepto en el caso de una emergencia. Entiendo y estoy de acuerdo que mi hijo puede recibir tratamiento o medicamentos como inhaladores para el asma, oxígeno, inyección de epinefrina para reacciones alérgicas, glucagón o naloxona para sobredosis de opioides, si considerado médicamente necesario y ordenado por un proveedor médico autorizado. Entiendo que los medicamentos serán administrados por una enfermera con licencia, un proveedor o un asistente médico capacitado.

Nombre en letra de molde del padre /madre/tutor

Nombre en letra de molde del padre /madre/tutor

Fecha

**CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE**

---

Estoy de acuerdo en recibir los servicios de Hawai'i Island Community Health Center (HICHC) por medio del centro médico situado en la escuela (SBHC). Entiendo que estos servicios incluyen servicios médicos, dentales y servicios de salud conductual.

Entiendo que estos servicios pueden incluir evaluación, tratamiento, terapia y remisiones. Me darán información relacionada con los riesgos y beneficios del tratamiento y, de no recibir tratamiento, cualquier opción de tratamiento alternativo y opciones para una segunda opinión. El personal de SBHC animará a todos los estudiantes para que hagan que su padre/madre/tutor participe en las decisiones de atención médica.

Confirmando que tengo catorce (14) años y por lo tanto soy elegible para obtener los servicios de salud conductual y otros servicios legalmente permitidos de SBHC autorizados por mí.

Entiendo que el SBHC es operado por HICHC en cooperación con el Departamento de Educación del Estado de Hawái y la escuela anfitriona de la cual el SBHC es operando. No es parte ni está directamente operado por la escuela anfitriona.

Entiendo que SBHC es operado por HICHC y ciertos registros sobre mi tratamiento deben mantenerse por escrito y en la computadora y pueden revisarlos los proveedores en HICHC para consultas y continuar la atención.

Entiendo que la información se tratará de manera confidencial. Entiendo que la confidencialidad entre SBHC y yo está asegurada. Entiendo que puedo obtener más información sobre confidencialidad en cualquier momento.

Entiendo que la información sobre mi atención médica es confidencial, pero en ciertas situaciones la ley permite o exige que se revele a otros como al padre/madre/tutor, a la escuela, fuerzas de orden público, agencias del gobierno, otros proveedores médicos, servicios sociales y compañías de seguros, si (1) autorizo revelar la información, (2) lo ordena un tribunal, (3) se hace un control de enfermedades para la salud pública (4) soy un peligro para mí mismo o para otros, o (5) se sospecha de abuso/negligencia.

Entiendo que a ningún estudiante se le negará el acceso a los servicios médicos por no poder pagar. Al igual que con cualquier centro médico, puede haber un cargo dependiendo de los servicios prestados. Cuando haya un seguro disponible, se facturará a este. Entiendo que SBHC puede revelar información relacionada al tratamiento a terceros pagadores por fines de facturación.

Entiendo que me puede atender un aprendiz/estudiante identificado como tal y que todos los servicios prestados se supervisarán por un proveedor autorizado. Tengo derecho a rechazar que me atienda un aprendiz/estudiante.

Entiendo que este formulario de consentimiento es válido durante toda mi inscripción en el sistema de escuelas públicas del Departamento de Educación del Estado de Hawái.

---

Nombre en letra de molde del estudiante

---

Firma del estudiant

---

Fecha