

## Cuidado de la Salud Basado en la Escuela

903.455.4458

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
  Alumno/a Actual
  Hermano/a del estudiante  
 Hijo/a del personal

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del Estudiante: Primer Nombre: _____ Apellido: _____		Fecha de Nacimiento: _____		
	Dirección: _____		Número de apartamento: _____		
	Ciudad: _____		Código postal: _____		
	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		¿Está el estudiante sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> No quiero informar				
	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano				
	¿Es el estudiante actualmente paciente de Carevide? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
INFORMACIÓN DE PADRES	1.Nombre del padre / tutor: _____	Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____	Teléfono - Alternativo: _____	Relación con el estudiante: _____
	2.Nombre del padre / tutor: _____	Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____	Teléfono - Alternativo: _____	Relación con el estudiante: _____
	Nombre del contacto de emergencia: _____		Teléfono: _____	Teléfono - Alternativo: _____	Relación con el estudiante: _____
	Padre / Tutor Correo Electrónico: _____				
SEGURO	¿El estudiante tiene seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tamaño de la familia: _____		
	Tipo de Seguro: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Privado		Ingreso bruto: \$ _____ (marque con un círculo) semanal/mensual/anual		
	Nombre de la Compañía de Seguros / Plan de Medicaid: _____		La información se utilizará para determinar la elegibilidad del estudiante para el programa de descuento de tarifa variable de Carevide.		
Nombre del suscriptor: _____					
Número de identificación del Seguro: _____ Group ID#: _____					
Dirección de reclamaciones: _____ Ciudad: _____ Estado: _____					
Código postal: _____ Número de teléfono de reclamaciones: _____					
Si el estudiante no tiene seguro, puede comunicarse con el personal de Outreach de Carevide para obtener ayuda con los servicios de inscripción de seguro.					

- Soy el padre con custodia o el tutor legal del menor mencionado anteriormente. Entiendo que no estoy obligado a asistir a la cita médica de mi hijo/a, pero puedo, si así lo deseo. Entiendo que si no estoy presente durante la cita de mi hijo/a, un representante de Carevide o GISD se comunicará conmigo antes, durante y/o después de la visita de mi hijo/a.
- Autorizo a la enfermera practicante y/o al médico de Carevide a tratar a mi hijo/a en mi ausencia y si es necesario, un adulto autorizado puede acompañar a mi hijo/a a recibir servicios médicos. El adulto autorizado puede ser un asistente médico, una enfermera de la escuela, el director de la escuela, un empleado administrativo de la escuela o un adulto designado por uno de ellos.
- Autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de Carevide y sus proveedores afiliados. Los servicios pueden incluir, pero no se limitan a:
  - Cualquier servicio de salud escolar obligatorio solicitado a Carevide.
  - Examen físico completo (examen médico completo), incluidos aquellos para la escuela, deportes, papeles de trabajo y admisiones a nuevas a la escuela.
  - Pruebas de laboratorio recetadas por un médico.
  - Atención y tratamiento, incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, dispensación y prescripción de medicamentos, manejo de anticonceptivos y diagnóstico y tratamiento de ITS.
  - Servicios de telesalud cuando sea necesario
  - Servicios dentales, incluidos exámenes, radiografías y tratamiento
  - Salud conductual servicios que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y referencias.
  - Entiendo que la ley estatal exige que Carevide proporcione información al departamento de salud estatal designado cuando las personas dan positivo en determinadas enfermedades (conocidas como "enfermedades notificables"), incluyendo pero no limitado a, tuberculosis, VIH/SIDA y sífilis.

 **Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

- Se me proporciona un resumen clínico después de la mayoría de las visitas. Este resumen puede ser en forma de carta colocada en la mochila de mi hijo/a o entregada por correo y/o por teléfono. Entiendo que alguna información limitada, como el historial de vacunación, los resultados de las pruebas relacionadas con las pautas de cuarentena (por decir, el diagnóstico alternativo y los resultados de COVID) y las notas de regreso a la escuela, pueden ser proporcionadas por Carevide a la escuela y/o los departamentos de salud locales o estatales.
- Autorizo y ordeno a Carevide que facture en mi nombre o el de mi hijo/a y cobre el pago de cualquier seguro o tercero pagador que cubra los servicios rendidos a mi hijo/a. Entiendo que puedo recibir una factura por cualquier copago, coseguro o monto del programa de descuento de tarifa variable correspondiente. Si los proveedores de Carevide recomiendan un tratamiento adicional, se me proporcionará una referencia a la dirección y/o número de teléfono que figuran en este formulario de solicitud y mi firma indica mi permiso para autorizar la divulgación de información a cualquier socio de referencia.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades de los Pacientes están disponibles para mí en [www.carevide.org/forms](http://www.carevide.org/forms). He revisado y acepto los términos descritos en ambos documentos.
- Acepto los términos y la información anterior. Doy este consentimiento por mi propia voluntad..
- He tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta y me han respondido en un idioma que entiendo. Me comprometo a cumplir con los términos de este consentimiento. Entiendo que este documento permanece en vigor hasta que revoque mi consentimiento por escrito. También entiendo que soy libre de revocar mi consentimiento en cualquier momento

 **Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_