

CENTRO DE SALUD EN PROGRAMAS DE LA ESCUELA DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON ACTUALIZACION ANUAL DE LA INSCRIPCION/ CONSENTIMIENTO

¡Bienvenido nuevamente al año escolar 2020-2021! Por favor complete y regrese este formulario para actualizar los registros médicos de su hijo y renovar su permiso para que continúe recibiendo los servicios del centro de salud en programas de la escuela.

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Edad: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Ciudad/ Estado/ Código postal: _____

Correo electrónico del estudiante: _____ Celular del estudiante: _____

Nombre del padre o encargado legal: _____ Teléfono celular _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre o encargado legal: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Clinica médica/ Doctor de cabecera: _____

¿Ha habido algún cambio en el cubrimiento del seguro de su hijo desde el año pasado? Si _____ No _____

Si marco sí, por favor escríbalo aquí _____

¿Esta su hijo tomando algún medicamento todos los días? Si _____ No _____ Medicamento y dosis: _____

¿Tiene su hijo alguna alergia? Si _____ No _____ Por favor descríbala aquí: _____

¿Ha sido atendido su hijo por un médico en el cuarto de emergencia o en su clínica por alguna enfermedad crónica o lesión durante las vacaciones de verano? Si _____ No _____ Enumere los cambios en el historial médico de la familia del año pasado _____

Nosotros (el estudiante y padres/encargado legal) hemos leído y entendemos los servicios que se proveen en el centro de salud de programas de la escuela. Este estudiante puede seguir recibiendo los servicios de salud del Centro de Salud en Programas de la Escuela de la Parroquia de Jefferson. El consentimiento/ matrícula o formulario original no es afectado y debe de continuar en efecto de acuerdo con sus términos.

Declaración de LAHIE: Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud Basados en las Escuelas de Jefferson Parish está disponible a solicitud en el SBHC.

Entendemos que la Oficina de Salud Pública ("OPH", por sus siglas en inglés), el Programa de Salud de la Escuela para Adolescentes proporciona supervisión a la SBHC y, como parte de dicho programa; el SBHC debe proporcionar información a OPH. Por lo tanto, aceptamos la divulgación de información de SBHC a OPH, o a sus agentes, en relación con la operación, los fondos y el monitoreo continuo de los Centros de Salud Basados en la Escuela. Reconocemos que la información que necesita la OPH se puede compilar a través de LAHIE y consentir la divulgación de información a LAHIE para tal fin.

Imprima el nombre del padre /Encargado legal

Relación al estudiante

Firma del padre/ Encargado legal

Fecha

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier tiempo con una autorización por escrito del padre del estudiante aquí referido. Una copia de este documento puede ser otorgada a petición del padre o encargado legal.

Jefferson Parish Schools School Based Health Centers

Consentimiento Informado para Telemedicina (Informed Consent for Telemedicine Services)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para prestar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al proveedor.

Reconozco que he sido notificado de mi derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para los servicios de telemedicina en forma oral o por escrito. Mientras este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), los Centros de Salud de la Escuela Jefferson Parish pueden brindarme servicios de atención médica a través de telemedicina sin la necesidad de que yo firme otro consentimiento.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Comprendo que, como paciente existente de los Centros de Salud de la Escuela Parroquial de Jefferson, mi información de salud se utilizará y divulgará de acuerdo con el aviso de Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud de la Escuela Parroquial de Jefferson, cuya copia se puede solicitar en cualquier momento. Entiendo que puedo obtener copias de mis registros médicos comunicándome con el consultorio de mi proveedor. El personal de la clínica divulgará mis registros después de haber recibido una autorización por escrito que permita la divulgación de mis registros médicos a mi destinatario designado.

Entiendo que en caso de una falla en la tecnología o el equipo, debo llamar a la oficina de mi proveedor para recibir más instrucciones. Entiendo que la telemedicina no se utiliza para proporcionar atención de emergencia y que dicha atención de emergencia debe buscarse llamando al 911.

Al firmar en el espacio a continuación, usted reconoce la información anterior y acepta recibir servicios de telemedicina de los Centros de Salud de la Escuela Parroquial de Jefferson, y sus proveedores participantes.

Doy mi consentimiento a los términos enumerados anteriormente.

Firma del padre / tutor legal (a menos que el estudiante tenga 18 años o más):

Fecha: _____