

# Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar de Boriken Neighborhood Health Center

Dirección del proveedor de servicios de salud: 2265 3rd Ave &, E 123rd St, New York, NY 10035

Nombre de la(s) escuela(s): Renaissance School Of the Arts MS 377

Tenga en cuenta que su hijo puede usar los servicios del Centro de Salud Escolar y a la vez consultar con sus otros médicos. Firmar esta autorización no cambia su seguro médico, ni cambia su médico privado y tampoco afecta el número de veces que su hijo puede ver a su médico privado.

| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | INFORMACIÓN DEL PADRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apellido del estudiante:</b> _____<br><b>Nombre del estudiante:</b> _____<br><b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____<br><div style="text-align: center;">Mes                      Día                      Año</div> <b>Dirección del estudiante:</b> _____<br><div style="text-align: center;">Ciudad                      Estado                      Código postal</div> <b>Escuela:</b> _____ <b>Grado:</b> _____<br><b>N.º de identificación estudiantil (OSIS):</b> _____<br><b>Celular del estudiante:</b> _____<br><b>Correo electrónico del estudiante:</b> _____<br><b>*N.º de Seguro Social del estudiante:</b> _____<br><p style="font-size: small;">*Campo opcional: Se usa exclusivamente para fines de seguro médico</p> <b>Sexo al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Pronombres:</b> _____<br><b>Identidad de género (marque todas las opciones que correspondan):</b><br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero<br><input type="checkbox"/> Otro: _____<br><b>Raza (marque todas las opciones que correspondan):</b><br><input type="checkbox"/> Raza negra o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multiracial<br><input type="checkbox"/> Indígena de Hawaii o de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Indígena de Estados Unidos o de Alaska <input type="checkbox"/> Otro _____<br><b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino | <b>Padre o tutor legal:</b><br><b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____<br><b>Teléfono de la casa/trabajo:</b> _____<br><b>Celular:</b> _____<br><b>Correo electrónico:</b> _____<br><b>Padre o tutor legal:</b><br><b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____<br><b>Teléfono de la casa/trabajo:</b> _____<br><b>Celular:</b> _____<br><b>Correo electrónico:</b> _____<br><b>Si usted es el tutor legal, indique su parentesco con el estudiante:</b><br><input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal <input type="checkbox"/> Otro: _____<br><b>Idioma de preferencia del padre/tutor:</b> _____<br><div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 2px;"><b>CONTACTO ADICIONAL PARA EMERGENCIAS</b></div> <b>Nombre:</b> _____<br><b>Relación con el estudiante:</b> _____<br><b>Teléfono:</b> _____ |

| INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Su hijo tiene un médico de cabecera?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><b>Nombre:</b> _____<br><b>Nombre del consultorio/clínica:</b> _____<br><b>Teléfono:</b> _____<br><b>Dirección:</b> _____ | <b>¿Su hijo visita a un dentista con regularidad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><b>Nombre:</b> _____<br><b>Nombre del consultorio/clínica:</b> _____<br><b>Teléfono:</b> _____<br><b>Dirección:</b> _____ |

| DATOS SOBRE LA FARMACIA Y EL SEGURO MÉDICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>¿Su hijo tiene Medicaid?</b><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. N.º de identificación de Medicaid: _____<br><b>¿Su hijo tiene Child Health Plus?</b><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. N.º de identificación CHP: _____<br><b>¿Su hijo tiene algún otro seguro médico?</b><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Plan médico: _____<br><b>N.º de identificación del miembro/póliza:</b> _____<br><b>Nombre del asegurado:</b> _____ | <b>Incluya los datos de la farmacia a la cual podemos enviar recetas.</b><br><b>Farmacia:</b> _____<br><b>Dirección de la farmacia:</b> _____<br><b>Teléfono de la farmacia:</b> _____<br><b>Si su hijo no tiene seguro médico, ¿desearía que un representante se comunique con usted para ayudarle a obtener seguro médico?</b><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí<br><b>¿Cuál es el mejor momento del día para comunicarse con usted?</b><br>_____ |

## Casilla 1. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA SERVICIOS MÉDICOS PRIMARIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Firme las casillas 1 y 2

Leí y comprendo los servicios detallados en la casilla 1 de la página siguiente, y con mi firma autorizo que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar (HCSP) MOUNT SINAI HOSPITAL. Mi firma indica que recibí una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, y que autorizo que se contacte a otros proveedores que hayan examinado a mi hijo.

PARA TENER EN CUENTA: Por ley, no se requiere autorización de los padres para realizar exámenes obligatorios, aplicar tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y proporcionar servicios cuando parezca peligrar la salud del estudiante. No se requiere la autorización de los padres para los estudiantes mayores de 18 años que sean padres de familia, estén casados, estén legalmente emancipados, se hayan fugado del hogar o sean jóvenes sin hogar.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor** **Fecha**

## Casilla 2. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA

Leí y comprendo los términos sobre la divulgación de información médica de la casilla 2 en el reverso de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información médica tal como se especifica en la casilla 2 únicamente.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor** **Fecha**

## Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar de

Boriken Neighborhood Health Center

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR  
CASILLA 1

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios médicos proporcionados por profesionales de la salud con certificación del Estado de MOUNT SINAI HOSPITAL (HCSP) como parte del programa de salud de la escuela, el cual fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en las áreas específicas de servicio que establece la ley, y que se exhortará a los estudiantes a que involucren a sus padres o tutores en las decisiones de cuidado médico y orientación. Los servicios del Centro de Salud Escolar pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, entre ellos exámenes de vista, audición, asma, obesidad, escoliosis y otros problemas de salud, primeros auxilios y las vacunas requeridas y recomendadas (las vacunas necesitan un permiso adicional).
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, actividades deportivas, documentación para obtener empleo y nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio por indicación médica para enfermedades como anemia, anemia falciforme y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y referido.
6. Para estudiantes adolescentes: Servicios de cuidado médico relacionados con la reproducción, incluyendo orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección Depo, LARC y otros métodos aprobados por la FDA), pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de VIH y referidos, de acuerdo con la edad e indicación médica.
7. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como el consumo de tabaco, drogas o alcohol; educación relacionada con la abstinencia de relaciones sexuales y la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y el VIH, de acuerdo con la edad e indicación médica.
8. Examen de salud oral y tratamiento con flúor, donde estén disponibles.
9. Referidos para servicios no proporcionados por el Centro de Salud Escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual sobre salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK CASILLA 2  
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información sobre salud según se especifica más abajo. Las leyes federales y estatales de privacidad podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este documento, autorizo la divulgación de información de salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, tal como se indica más abajo, ya sea porque lo ordena la ley o por disposición del canciller o porque sea necesario para proteger la salud y el bienestar del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información como, por ejemplo, un certificado de vacunación. Negarse a proporcionar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

He aclarado las preguntas que tenía sobre este formulario. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información de salud de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro de Salud Escolar. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Centro de Salud Escolar MOUNT SINAI HOSPITAL (HCSP) a divulgar información médica específica con el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York del estudiante mencionado en el reverso de la página.

**Autorizo al Centro de Salud Escolar a divulgarle al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (y viceversa) la información médica descrita más abajo, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo. Comprendo que esta información será confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad.**

**Comprendo que la información que se le divulgará al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York ya sea para cumplir con los requisitos legales o para garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo, podría incluir, entre otros, lo siguiente:**

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen físico integral (Formulario CH-205 o su equivalente)<br>Vacunas (obligatorias/recomendadas)<br>Resultados de exámenes de visión y audición                                                                                        | Cualquier otra información que se considere necesaria para proteger la salud o el bienestar del estudiante                                                                                                                                            |
| Diagnóstico de enfermedades crónicas (incluyendo el formulario para la administración de medicamentos o el formulario de administración de medicamentos para la diabetes)<br>Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante | Información requerida para completar un informe de incidente o un formulario de la Oficina de Salud Escolar para la comunicación del director escolar con el Sistema de Reporte de Incidentes por Internet (Online Occurrence Reporting System, OORS) |
| Diagnóstico de ciertas enfermedades infecciosas (NO incluye datos sobre la infección por VIH o enfermedades de transmisión sexual)                                                                                                       | Enfermedades que requieran transporte al departamento de emergencias de un hospital                                                                                                                                                                   |
| Documentos del Programa de Educación Individualizado (Individualized Education Program, IEP)                                                                                                                                             | Cobertura del seguro médico<br>Inscripción en el Centro de Salud Escolar                                                                                                                                                                              |

**Período durante el cual se autoriza la divulgación de la información:**

De: Fecha en que se firma el formulario en el reverso de la página

A: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

AVISO: Este formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar fue aprobado por el DOE / la OSH.