



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES EN EL CENTRO DE SALUD ESCOLAR RHG

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		ESCUELA:	
Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre):		Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio mexicano americano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico <input type="checkbox"/> Otro:	Idioma principal hablado si no es inglés:	
INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE/TUTOR LEGAL ORDENADO POR EL TRIBUNAL (*Si eres estudiante emancipado, indícalo aquí*)			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Vive el estudiante con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección postal:		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono fijo de casa	Teléfono de día o de trabajo y extensión:	Otro número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE/TUTOR LEGAL ORDENADO POR EL TRIBUNAL ADICIONAL Y CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre del padre/tutor adicional (si corresponde):		Fecha de nacimiento:	Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Vive el estudiante con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección postal:		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Teléfono fijo de casa	Teléfono de día o de trabajo y extensión:	Otro número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Nombre de contacto en caso de emergencia:	Relación con el estudiante:	Teléfono:	Otro número de teléfono:
INFORMACIÓN DEL HOGAR			
¿Uno de los padres/tutores trabaja en la agricultura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de puesto ocupa? <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante (viaja para buscar trabajo) <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola permanente <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola temporal (vive aquí; trabaja en la agricultura durante la temporada de cosecha)	
¿Cuál es su situación de vivienda? <input type="checkbox"/> Vive en su propia casa/apartamento (propio o alquilado) <input type="checkbox"/> Vive con familiares/amigos <input type="checkbox"/> No tiene vivienda <input type="checkbox"/> Vive en un albergue/vivienda de transición		¿Con quién vive el niño la mayor parte del tiempo?	
HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE			
¿Su hijo tiene alguna de las siguientes afecciones o problemas de salud? (Marque todas las que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos _____ <input type="checkbox"/> Alergias (distintas a medicamentos, como picaduras de abeja, cacahuetes, etc.) _____ <input type="checkbox"/> Asma Fecha del último ataque de asma: _____ <input type="checkbox"/> Convulsiones Fecha de la última convulsión: _____ <input type="checkbox"/> Hospitalizaciones Fechas y detalles: _____ <input type="checkbox"/> Operaciones Fechas y detalles: _____ <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anemia falciforme		<input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas en hermanos: _____ <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento: _____ <input type="checkbox"/> Ausencias frecuentes o interrupción de las actividades diarias <input type="checkbox"/> Otros _____	
<input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos <input type="checkbox"/> Problemas renales <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos <input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos (óseos/articulares) <input type="checkbox"/> Ansiedad/depresión <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo			
Medicamentos diarios:	Motivo de la toma:	¿Cuánto tiempo lleva su hijo tomando este medicamento?	¿Cuál es su farmacia preferida?
¿Ha habido algún cambio en la salud de su hijo durante el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, por favor explique aquí:			
¿Hay algo más que le gustaría que el centro de salud escolar supiera sobre su hijo?			
¿Tiene el niño un médico de cabecera u otro proveedor médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del proveedor o clínica: _____			
INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO			
¿Tiene el estudiante seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene el estudiante seguro médico de Medicaid o NC Health Choice? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente			
Si la respuesta es sí, número de identificación de Medicaid o NC Health Choice: _____			
Si la respuesta es no, ¿desea información sobre Medicaid o NC Health Choice? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Solicitud para el Programa de Tarifa Variable de Rural Health Group: Si su hijo no tiene seguro médico o tiene un plan con un deducible alto, nos gustaría ayudarle a determinar si calificaría para nuestro programa de "tarifas variables". Si le interesa obtener más información, uno de nuestros administradores de casos se pondrá en contacto con usted para brindarle más información. <input type="checkbox"/> Sí, me interesa obtener más información sobre el programa de tarifas variables. **A ningún estudiante se le negarán servicios de salud si sus padres, tutores legales o estudiantes emancipados no pueden pagar**			
SEGURO MÉDICO PRINCIPAL/NC MEDICAID/NC HEALTH CHOICE			
Nombre de la compañía de seguros	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación con el estudiante
Número de identificación del seguro (Número de póliza)		Número de grupo	Número de teléfono de la compañía de seguros
¿Cuál es su copago?		Número de Seguro Social (solo para fines del seguro)	
SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (si corresponde)			
Nombre de la compañía de seguros	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Relación con el estudiante
Número de identificación del seguro (Número de póliza)		Número de grupo	Número de teléfono de la compañía de seguros
¿Cuál es su copago?		Número de Seguro Social (solo para fines del seguro)	

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento del estudiante:		(p.2)
INFORMACIÓN DENTAL				
El Centro de Salud Escolar de Rural Health Group ofrece servicios dentales preventivos en la escuela de su hijo.				
¿Ha consultado su hijo/a al dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿su hijo acude al dentista actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿cuándo fue su última visita al dentista? _____				
¿Cuál era el nombre del consultorio o dentista al que acudió? _____				
¿Le gustaría que el dentista de cabecera de su hijo fuera Rural Health Group (RHG)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Los servicios dentales preventivos que ofrecemos incluyen:				
<ul style="list-style-type: none"> • Examen dental • Radiografías (rayos X) 		<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis (limpieza) • Aplicación de sellador 		<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de flúor • Instrucciones de higiene bucal
Todos los servicios dentales serán proporcionados por dentistas con licencia e higienistas.				
¿Da su consentimiento para que el Centro de Salud Escolar brinde servicios dentales preventivos a su hijo?				
<input type="checkbox"/> No, no doy mi consentimiento para que el SBHC brinde servicios dentales preventivos a mi hijo.				
<input type="checkbox"/> Sí, doy mi consentimiento para que el SBHC brinde servicios dentales preventivos a mi hijo.				
<i>El consultorio dental principal de Rural Health Group se encuentra en 2064 NC Hwy 125, Roanoke Rapids, NC 27870. Si tiene alguna pregunta, puede contactarnos al 252-536-5880.</i>				
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL				
¿Tiene el estudiante seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre de la compañía de seguros		Nombre del titular de la póliza		Relación con el estudiante
Fecha de nacimiento del titular de la póliza		Número de identificación del seguro (Número de póliza)		
Número de grupo		Número de teléfono de la compañía de seguros		
¿Cuál es su copago?		Número de Seguro Social (solo para fines del seguro)		
INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL				
El Centro de Salud Escolar de Rural Health Group ofrece servicios de salud mental en la escuela de su hijo. ¿Le interesa recibir servicios de salud mental para su hijo/a?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí , indique sus inquietudes aquí: _____				
OTRO				
¿Le gustaría saber más sobre otros servicios que podemos ofrecerle a su familia, como otros servicios de Rural Health Group, nuestro Programa de Descuento de Tarifas Variables o cómo encontrar recursos en la comunidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Los estudiantes de KIPP PRIDE High School tienen horarios específicos. ¿En qué período(s) preferiría el estudiante ver al equipo clínico, si fuera necesario? Períodos: _____ Plazos: _____				
AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD				
Disponible previa solicitud en nuestro sitio web www.rhgnc.com , encontrará un Aviso de Prácticas de Privacidad que detalla cómo mantenemos la confidencialidad del expediente médico de su hijo/a y sus derechos para acceder a él. También encontrará un formulario con los Derechos y Responsabilidades de Estudiantes y Padres. La Ley Federal nos exige proporcionarle esta información y le solicitamos que lea el Aviso de Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades, tanto para usted como para su hijo/a. Si tiene alguna pregunta, llame al (252) 692-4289 y hable con nuestro Oficial de Privacidad de RHG. Gracias por su cooperación en nuestro esfuerzo por cumplir con esta ley.				
CONSENTIMIENTO				
Yo, el abajo firmante,				
<ul style="list-style-type: none"> • Doy mi permiso y consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento a través del Centro de Salud Escolar. Entiendo el tipo de este tratamiento, la forma en que se proporciona y los detalles y limitaciones de esta forma y estilo de tratamiento. • Autorizo al Centro de Salud Escolar a recibir información de la escuela sobre el historial médico de mi hijo. • Autorizo a mi hijo a recibir tratamiento a través de soluciones de telemedicina con médicos de atención primaria en las clínicas de RHG. • Autorizo al RHG SBHC a comunicarse con el médico de atención primaria de mi hijo para tratar su salud. • Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (disponible en nuestro sitio web www.rhgnc.org). • Reconozco que, según la ley de Carolina del Norte (G.S. § 90.21.5), los menores tienen derecho a dar su consentimiento para recibir servicios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben notificarse al Estado; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol; y trastornos emocionales. • Reconozco que este formulario de consentimiento permanece vigente hasta que el/la estudiante deje su escuela actual. • Reconozco que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante una carta del padre, tutor, adulto o estudiante emancipado. • Acepto que seré responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento y que proporcionaré cualquier información del seguro que se me solicite. Todos los costos y honorarios no cubiertos por el seguro serán mi responsabilidad. • Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, yo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones del seguro para el pago de beneficios a Rural Health Group, Inc. School Based Health Centers. ○ Autorizo el pago de beneficios a Rural Health Group, Inc. School Based Health Centers por los servicios prestados. ○ He proporcionado detalles de todas las pólizas de seguro que cubren a mi hijo. 				
Por favor, firme la siguiente declaración: Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo/a tenga acceso a todos los servicios disponibles de Rural Health Group, Inc. School Based Health Centers mientras permanezca inscrito/a en la escuela. Los servicios incluyen: diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, exámenes preventivos de salud, educación para la salud, servicios de salud conductual, servicios dentales preventivos y derivaciones según sea necesario. La información en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si soy un estudiante adulto mayor de 18 años o legalmente emancipado, doy mi consentimiento para los servicios mencionados al completar este formulario.				
Firma del padre/tutor/estudiante emancipado: _____				
Nombre escrito a mano: _____ Fecha: _____				
Si desea contactar con uno de nuestros profesionales médicos para hablar sobre la salud de su hijo/a o cualquier inquietud, comuníquese con RHG al (252) 536-5000 y con gusto le atenderemos.				
Consultorio de Pediatría de RHG: 2064 NC Hwy 125, Roanoke Rapids, NC 27870: (252) 536-5000 Consultorio Dental Primario de RHG: 2064 NC Hwy 125, Roanoke Rapids, NC 27870: (252) 536-5880				
Puede comunicarse con el Centro de Salud Escolar al (252) 308-0577 y a sbhc@rhgnc.org . El SBHC ofrece servicios médicos, dentales, de salud conductual y de gestión de casos.				
Complete este formulario y entréguelo a la escuela de su hijo o envíelo por correo electrónico a SBHC@RHGNC.ORG.				