

**MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER**  
**Programa del Centro de Salud Escolar**  
**Autorización general de estudiantes adultos**

**(18 años o mayores, que tienen hijos, están casados o legalmente emancipados)**

**Dirección del proveedor de servicios de salud** \_\_\_\_\_

**Nombre de la(s) escuela(s):** \_\_\_\_\_

*Tenga en cuenta que usted puede usar los servicios del centro de salud escolar y a la vez ver a sus otros médicos. Al firmar esta autorización su seguro no cambia, ni cambia su médico privado y tampoco afecta el número de veces que usted puede ver a su médico privado.*

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE LOS PADRES
<p><b>Apellido del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Nombre del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____  <small style="margin-left: 100px;">Mes</small>      <small style="margin-left: 100px;">Día</small>      <small style="margin-left: 100px;">Año</small></p> <p><b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino      <b>Grado:</b> _____</p> <p><b>Dirección del estudiante:</b> _____  <small style="margin-left: 100px;">Ciudad</small>      <small style="margin-left: 100px;">Estado</small>      <small style="margin-left: 100px;">Código postal</small></p> <p><b>Correo electrónico del estudiante:</b> _____</p> <p><b>*Número de seguro social del estudiante:</b> _____                      (*opcional: se usa exclusivamente para fines de seguro)</p> <p><b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU.  <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><b>¿Tiene usted un médico habitual?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: escriba sus datos aquí                      Nombre: _____                      Teléfono: _____                      Dirección: _____</p>	<p><b>Padre:</b>                      Apellido: _____ Nombre: _____                      Teléfono del hogar/trabajo: _____                      Celular: _____                      Correo electrónico: _____</p> <p><b>Padre:</b>                      Apellido: _____ Nombre: _____                      Teléfono del hogar/trabajo: _____                      Celular: _____                      Correo electrónico: _____</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center;"><b>CONTACTO ADICIONAL PARA EMERGENCIAS</b></div> <p>Nombre: _____                      Parentesco con el estudiante: _____                      Teléfono del hogar o trabajo: _____                      Celular: _____</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px; text-align: center;"><b>ESCRIBA EL NOMBRE Y DATOS DE LA FARMACIA QUE UTILIZA PARA SUS RECETAS</b></div> <p>Farmacia: _____                      Dirección de la farmacia: _____                      Teléfono de la farmacia: _____</p>

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO	
<p><b>¿Tiene usted Medicaid?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: # ID Medicaid: _____</p> <p><b>¿Tiene usted Child Health Plus?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: # CHP: _____</p> <p><b>¿Qué plan tiene?</b>  <input type="checkbox"/> Affinity      <input type="checkbox"/> Fidelis  <input type="checkbox"/> Healthfirst      <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus  <input type="checkbox"/> Emblem Health      <input type="checkbox"/> Metro Plus  <input type="checkbox"/> Well Care      <input type="checkbox"/> United Healthcare</p>	<p><b>¿Tiene usted seguro médico a través de sus padres o cualquier otro tipo de seguro médico?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: plan médico: _____                      Tarjeta de identificación del miembro/Número de póliza: _____                      Teléfono del seguro médico: _____</p> <p><b>Si no tiene seguro médico, ¿desearía que un representante lo contacte para ayudarle a obtener seguro médico?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué hora es mejor comunicarse con usted? _____</p>

**CASILLA 1: AUTORIZACIÓN GENERAL PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Firme las casillas 1 y 2**

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga consentimiento para que yo reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar \_\_\_\_\_ MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER \_\_\_\_\_. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Mi firma también otorga mi consentimiento para contactar a otros proveedores que me han examinado anteriormente.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del estudiante** **Fecha**

**CASILLA 2: AUTORIZACIÓN GENERAL DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y TRANSFERIBILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA.**

Leí y entiendo los términos sobre la divulgación de información médica en la casilla 2 en la parte de atrás de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue la información médica tal como se especifica en la casilla 2 exclusivamente.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del estudiante** **Fecha**

REVISE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Programa del Centro de Salud Escolar**  
**Formulario de autorización general del estudiante para servicios del Centro de Salud Escolar**  
**(18 años o mayores, que tienen hijos, están casados o legalmente emancipados)**

**SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR****CASILLA 1**

Acepto los servicios de atención médica brindados por profesionales de la salud autorizados por el estado de MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER como parte del programa de salud de la escuela aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que los términos de confidencialidad entre mi persona y el proveedor de salud estarán garantizados en las áreas de servicio específicas de conformidad con la ley, los servicios de los Centros de Salud Escolares pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes 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 recomendaciones.
6. Servicios médicos relacionados con la reproducción, que incluyen orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección Depo LARC, otros métodos aprobados por la FDA), prueba del embarazo, control y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, análisis/tratamiento del VIH y recomendaciones ante resultados anormales.
7. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas riesgosas tales como abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**  
**HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**  
**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO**  
**(HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA**

**CASILLA 2**

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

Al firmar esta autorización, acepto que se entregue la información médica según se especifica más abajo a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), bien sea por mandato legal o por disposición del Canciller o porque sea necesario para proteger mi salud y seguridad. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, usted debe darle a la escuela cierta información, como, por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica mía y que puedo cambiar de opinión 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 MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER para que divulgue la información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página y se la entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

**Autorizo que el Centro de Salud Escolar divulgue y entregue la información médica descrita más abajo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, y viceversa, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger mi salud y seguridad. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad:**

**Información requerida por ley o por disposición del canciller,**  
**incluyendo entre otros:**

- Exámenes físicos completos (formulario CH-205 o un equivalente como el examen físico para deportes, etc.)
- Vacunas (obligatorias / recomendadas)
- Examen de la vista y audición
- Resultados de la prueba de la tuberculina

**Información para proteger la salud y la seguridad:**

- Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia, incluyendo enfermedad crónica.
- Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (excluyendo la infección del VIH o infecciones de transmisión sexual y otros servicios confidenciales amparados por la ley)
- Cobertura de seguro médico
- Inscripción en el Centro de Salud Escolar
- Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program, IEP*)

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

**De:** Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

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

**REVISE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**