

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA EL CENTRO DE BIENESTAR EN LA ESCUELA ELEMENTARIA

Autorizo a mi hijo a inscribirse en el Centro de Bienestar Integral en la Escuela y doy consentimiento para que reciba servicios relacionados con la salud, los cuales pueden incluir exámenes físicos, evaluaciones de salud, pruebas de diagnóstico limitadas, enseñanza, orientación, remisiones y administración de los medicamentos necesarios. Comprendo que el personal de enfermería escolar es responsable del cuidado de seguimiento y tendrá acceso a los expedientes del Centro de Bienestar. Tiene mi autorización para divulgar cualquier información del Centro de Bienestar a cualquier profesional médico o de salud mental que le proporcione servicios a mi hijo a través del Centro de Bienestar. Tiene mi autorización para divulgar cualquier información educativa a cualquier profesional médico o de salud mental que necesita esta información para brindarle atención a mi hijo a través del Centro de Bienestar.

- **Mi firma en este formulario certifica que recibí el Aviso de Prácticas de Privacidad por parte del Departamento de Salud del Condado de Baltimore.**
- Comprendo que soy responsable de la atención médica en caso de que se recomiende el seguimiento fuera del centro en la escuela.
- **Autorizo la divulgación de cualquier información médica, o de otra índole, necesaria para procesar los reclamos del seguro, si aplican.**
- **Autorizo el pago de los beneficios médicos al Condado de Baltimore para los servicios prestados en el Centro de Bienestar.**
- **Estoy de acuerdo en que, si recibo un pago de mi empresa aseguradora por los servicios prestados en el Centro de Bienestar, endosaré el cheque y lo enviaré al Centro de Bienestar.**
- Comprendo que si mi hijo está inscrito en una Organización de Atención Médica Administrada (Managed Care Organización, MCO) a través de Asistencia Médica, él o ella aun puede recibir tratamiento para problemas de salud graves o de emergencia por parte del centro de salud en la escuela.
- Comprendo que el historial de vacunas de mi hijo será ingresado en el registro de Maryland, ImmuNet, en caso de que administren vacunas.

Nombre del hijo en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social del hijo (si aplique): \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Proveedor de atención médica del hijo (si aplique) \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor legal en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### SI SU HIJO CUENTA CON ASISTENCIA MÉDICA, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Número de Asistencia médica de su hijo: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo recibe los servicios de Asistencia médica por parte de una MCO?  SÍ  NO  
En caso AFIRMATIVO, indique el nombre de la MCO: \_\_\_\_\_

### SI LA ATENCIÓN MÉDICA DE SU HIJO ES CUBIERTA POR UNA EMPRESA ASEGURADORA PRIVADA, COPIE TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DIRECTAMENTE DE SU TARJETA DE SEGURO:

1. Nombre y dirección de la empresa aseguradora: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección de reclamos (facturación) de la empresa aseguradora (si es diferente a la anterior): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la empresa aseguradora: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la persona indicada en la tarjeta de seguro: \_\_\_\_\_  
Número de póliza del asegurado indicado en la tarjeta: \_\_\_\_\_  
Número de grupo indicado en la tarjeta de seguro médico: \_\_\_\_\_
3. Indique el nombre del asegurado (persona cuyo nombre está bajo la política del seguro): \_\_\_\_\_  
Número del seguro social del tomador: \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo del tomador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
Relación del tomador con el niño: \_\_\_\_\_ Dirección del domicilio del tomador: \_\_\_\_\_

**SI SU HIJO NO CUENTA CON COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA DE UNA ORGANIZACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD (HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION, HMO), ASISTENCIA MÉDICA NI UN SEGURO PRIVADO, INDÍQUELO COLOCANDO UN (✓) EN ESTE ESPACIO ( ) Y COMPLETE LA CONTINUACIÓN.**

Indique el ingreso anual: \_\_\_\_\_ Cantidad de miembros familiares: \_\_\_\_\_

Si necesita ayuda con Asistencia médica, comuníquese con el Departamento de Salud: 410-887-2957

**¡POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESCOLAR!**