

Programa de Bienestar Escolar (SWP)

Información de Salud del Estudiante y Consentimiento de Participación
¡Los estudiantes pueden ser atendidos en la escuela por una enfermera registra y/o un terapeuta licenciado!

Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del Segundo nombre)	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela
Dirección	Ciudad	Código postal	Teléfono del estudiante	Fecha de hoy
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro/Africano/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino Otro: _____				

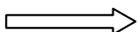
Apellido del Padre/Guardian	Primero nombre	Inicial del Segundo nombre	Relación con el estudiante
Teléfono de día	Teléfono del trabajo	Celular #	Correo electrónico del padre
Nombre del contacto de emergencia	Relación	Teléfono #	
Seguro Médico		Hospital de preferencia	
# de identificación/Contrato	# Póliza/Grupo		Relación del estudiante con el portador de la póliza
Nombre del portador de la póliza (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			Fecha de Nacimiento del portador de la póliza
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Doy mi consentimiento para todo lo siguiente:

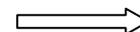
- Las personas mencionadas anteriormente pueden recibir servicios en el SWP por parte de una enfermera registrado y/o *proveedor de salud mental autorizado (consulte la pagina 2).
- Este consentimiento permanece active hasta que se revoque o el estudiante cumpla 18 anos.
- Entiendo que cualquier cambio a mi información, o para revocar este consentimiento, debe presentarse por escrito.
- Entiendo que los estudiantes sin el consentimiento firmado por los padres-tutores no serán atendidos, except en case de emergencia o la primera visita del estudiante a la enfermera de SWP, cuando el personal llamará a los padres-tutores antes de brindarles cualquier servicio, para adquirir su consentimiento verbal para la atención en esta única oportunidad.
- **Entiendo que el SWP y el proveedor principal de salud de mi hijo pueden intercambiar información para facilitar la continuidad de la atención**
- Autorizo al SWP informar sobre información de salud protegida de una visita para la continuación del tratamiento y una auditoria.
- Autorizo al SWP informar sobre información sobre el tratamiento y la atención a las siguientes personas: personal del SWP, sus subcontratistas y proveedores de atención médica cuando sea necesario para coordinar la atención; y al personal escolar relevante, según sea necesario, para coordinar los servicios de salud y seguridad del estudiante, esto incluye respuestas por enfermedades transmisibles y compañías de seguro médico cuando sea necesario para el pago de los servicios.
- Entiendo que se podrán realizar pruebas para la detección de enfermedades transmitidas por la sangre, incluido el VIH/SIDA, a un paciente sin un consentimiento escrito por separado si un profesional de salud se corta, esta expuesto a sangre o fluidos corporals.
- Me han brindado o he tenido la oportunidad de revisar el [Aviso de Privacidad de BLDDH](#). **Entiendo que puedo rechazar los servicios de este programa en cualquier momento.**
- Entiendo que el personal de SWP puede acceder a los registros escolares con el fin de coordinar servicios y para la evaluación general del paciente por parte del personal del programa.
- Entiendo que se entregará una encuesta confidencial de evaluación de riesgos a todos los estudiantes y/o padres
- **Entiendo que las leyes del estado permites ciertos servicios confidenciales para estudiantes que cumplen con los criterios de edad (ver página 2)**
- Entiendo que n la actualidad no hay ningún costo de bolsillo personal por servicios clínicos o de salud mental limitados
- **Entiendo que no tengo ninguna obligación de que mi hijo utilice los servicios de SWP.**
- *Entiendo que estos servicios se brindan únicamente en last siguientes escuelas:*

NO se necesita el consentimiento de los padres ni la divulgación de información para la intervención en crisis y la atención de emergencia.

LIMITACION DE SERVICIOS: Los servicios no permitidos según la ley de Michigan o los requisitos del programa SWP incluyen asesoramiento y referencias sobre aborto; o prescripción y dispensación de medicamentos y dispositivos de planificación familiar.



CONTINUA (COMPLETE AMBAS PAGINAS DE ESTE FORMULATIO)



Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____/_____/_____

Apellido, Primer nombre

Historia de salud del estudiante

¿Tiene el estudiante un doctor que visita regularmente?

 Sí

 No

Nombre y Teléfono del doctor _____

Fecha del último examen físico _____

¿Tiene el estudiante un dentista que visita regularmente?

 Sí

 No

Nombre y Teléfono del dentista _____

Fecha del último examen _____

1. Le gustaría recibir información sobre:	
Opciones para Seguro Médico**?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Encontrar un proveedor de salud (Médico o enfermera practicante)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Encontrar un dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Le preocupa su estado emocional/el estado emocional de su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Le preocupa que si ingreso sea insuficiente para satisfacer las necesidades básicas de su familia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Por Favor: Marque el/los asuntos que le preocupan	
<input type="checkbox"/> Comida	<input type="checkbox"/> Ropa
<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Pago de cuentas como agua, calefacción u otros
<input type="checkbox"/> Transporte a citas médicas	Otro <input type="checkbox"/>
Un miembro de nuestro personal le contactará si usted contesta a cualquiera de las preguntas anteriores	

****Para cobertura de servicios de salud gratuita o de bajo costo para niños menores de 19 años o mujeres embarazadas de cualquier edad, llame a la línea directa de MI Child and Healthy Kids al 1-833-674-2159, <https://www.bldhd.org/community-connections>**

Marque Sí o No:

Alergia a picadura de abejas	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Convulsiones (Epilepsia)	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Desorden Psicológico	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Anemia	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Problemas estomacales	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Enfermedad Tiroidea	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Allergias de temporada	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Frecuente dolor de garganta	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Asma	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Problemas de la vejiga	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Sangrados nasales	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Diabetes	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Cáncer	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Dolor en la espalda	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Eczema/Erupciones en la piel	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Dolor de cabeza/Migraña	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Orina frecuente	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
TDA/TADH	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Presión Arterial alta	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Anemia Drepanocítica/Rasgo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Desmayo	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Neumonía	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	Discapacidad del aprendizaje	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

¿Medicamentos diarios del estudiante? _____

¿Condición para los medicamentos? _____

¿Tiene alergia a algún medicamento? _____

¿He tenido cirugías? _____

¿Ha sido hospitalizado en alguna ocasión? _____

¿Tiene otros problemas de salud? _____

****No se dispensarán medicamentos diarios en la clínica. Serán dispensados en la oficina****

Se requiere el consentimiento de los padres para los siguientes servicios medicos y de salud mental siempre que el estudiante/paciente sea menor de 18 años:

- Exámenes, evaluaciones y cuidados de enfermería
- Tratamiento de lisiones menores
- Evaluación de conductas de riesgo por parte de la enfermera.
- Coordinación del manejo de enfermedades crónicas, en asopciación con la escuela y el proveedor de atención primaria.
- Referencias para atención primaria, atención de salud oral y otra atención especializada.
- Posible administración de los siguientes medicamentos a través de protocolos establecidos desarrollados por el Director Médico de BLDHD: Acetaminofén, Ibuprofeno, Antihistamínico (Benadryl), ungüento de triple antibiótico, crema de hidrocortisona, pastillas para la tos, antiácido, gotas para los ojos.
- Servicios de salud mental para niños menores de 14 años (individuales, familiares y grupales) y aquellos de 14 años o más después de haber recibido las 12 visitas (o 4 meses) permitidas por la ley.

La ley actual de Michigan permite servicios confidenciales, sin consentimiento de los padres, a menores de edad y estudiantes mayores de 18 años en estas áreas:

- Para estudiantes de 12 años o más:**
- Servicios de planificación familiar, incluidas prueba de embarazo y referencias.
 - Exámenes, tratamiento y asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual.
 - Detección de VIH y referencias.
 - Servicios y asesoramiento sobre el uso de sustancias.
- *Para estudiantes de 14 años o más**
- Cualquier evaluación de salud mental, asesoramiento, intervención en crisis y/o referencias.
 - *Estudiantes legalmente emancipados, legalmente casados, bajo orden judicial, en presencia de un oficial de la ley cuando los padres no pueden ser localizados rápidamente, y/o los miembros de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. que dan su consentimiento para los servicios por sí mismos.*
 - **Se utilizará una forma de consentimiento de parte del menor de edad por saparado para poder recibir los servicios anotados. Por Favor tenga en cuenta:** Los estudiantes de estas edades pueden acceder a estos servicios de forma confidencial en CUALQUIER clínica, no solo en un centro o programa de bienestar escolar.

Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que soy el padre/tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y que estoy registrado en la escuela como tal.



Firma del padre/tutor _____

Fecha: _____