

2019-2020 BRDHD CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD EN LA ESCUELA

POR FAVOR LLENAR TODA LA INFORMACIÓN

SITE #: _____

MAESTRA DEL SALÓN: _____ GRADO: _____ LENGUAJE HABLADO EN CASA _____

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO/NIÑA _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ RAZA: _____ GENERO: MASCULINO FEMENINO

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL NIÑO/NIÑA: _____ (solo usado para servicios de cobro)

NUMERO ID DE KY MEDICAID: _____ Su hijo/hija está expuesto a humo de cigarrillo? Si NO

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD/ESTADO/ZIP _____

Modo de transportación: BUS CARRO CAMINA Atiende programa después de la escuela

Nombre de Padre/ GUARDIAN: _____ Relación con el niño/niña: _____

Teléfono de casa #: _____ Celular# _____ Teléfono del trabajo # _____

Nombre de Padre/ GUARDIAN: _____ Relación con el niño/niña: _____

Teléfono de Casa #: _____ Celular # _____ Teléfono del trabajo # _____

Contacto de Emergencia (diferente a los padres): _____ Relación con el niño/niña: _____

Teléfono de casa # _____ Celular # _____ Teléfono del trabajo# _____

ALERGIAS A MEDICACIONES: _____

Alergia al colorante rojo Alergia al látex No puede tragar pastillas

Por favor marque Cuál de las siguientes medicaciones usted permitirá que la enfermera administre a su hijo/. Las dosis se darán de acuerdo a la edad y peso del niño. Y de acuerdo a las órdenes del director médico BRDHD. Las medicaciones proveídas por BRDHD no son libres de tintas, aquellas que están macadas con *** contienen colorante rojo y no se podrán administrarse a nadie que indique que tiene alergia al colorante rojo.

Acetaminofén (Tylenol)*** Ibuprofeno (Advil/ Motrin) Orajel*** Hydrocortisona Calamina

Antiácido (Tums or líquido)***tabletas rosadas*** Medicamento Anti-Nausea (Emetrol)*** Claritin (Loratadina – para alergias) Bacitracin

Protector Solar Aloe Vera (para quemaduras) Roseador para dolor de garganta/ Pastilla para la tos***Sabor a Cereza*** Jarabe para la tos***

Cualquier medicación que usted haya marcado será administrada, por su permiso, sin ser contactado por la enfermera de la escuela. Una copia de la nota de la enfermera será enviada a casa a los padres o guardianes indicando que medicaciones dadas, dosis, y hora. Es la responsabilidad del niño o la niña de entregarle la copia de la nota. La enfermera de la escuela no puede tomar consentimiento por teléfono para dar medicación.

SI ESTA INFORMACIÓN CAMBIA, POR FAVOR NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA INMEDIATAMENTE.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD Y ASSIGNACION DE BENEFICIOS (Valido para el año escolar mencionado arriba)

Yo certifico que mis respuestas son correctas y completas, a mi mejor conocimiento. A mi libre albedrío, yo doy consentimiento a la atención, esto puede incluir exámenes de detección, de visión, audición, y dentales, exámenes físicos, tratamiento, primeros auxilios, medicaciones sin receta como los indicados arriba, y cualquier otro servicio de salud dado a mi hijo/hija por empleados o agentes del Departamento de Salud del Distrito Barren River. Yo entiendo que no se están haciendo garantías del efecto de cualquier examen o tratamiento en mi hijo/hija. Yo de la misma manera, libero al personal de cualquier responsabilidad relacionada con la administración de las medicaciones indicadas arriba a mi hijo/hija, siempre y cuando la responsabilidad es descargada de acuerdo a las instrucciones mencionadas arriba. Yo entiendo que mi hijo/hija le pueden hacer la prueba de la infección VIH, Hepatitis B, o cualquier otra enfermedad transmitida por la sangre o fluido corporal, si esos exámenes son necesarios solo en el caso de que un trabajador de salud sea expuesto a la sangre, fluido corporal, o tejidos, de su hijo/hija. Yo autorizo que la clínica de salud de la escuela divulgue o reciba información medica acerca de mi hijo/hija, como está permitido por la Ley de transferencia y responsabilidad de seguros de salud o Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), a su proveedor medico principal y a compartir información médica pertinente (Historia de alergias o historia médica significativa) con el personal de la escuela que podría necesitar proveer cuidado a mi hijo/hija en caso de emergencia. Yo entiendo que intercambio de esta información es dada solo cuando se necesite saber. Yo también doy mi permiso al personal de la clínica de salud de la escuela para ver el plan individual de educación (IEP) de mi hijo/hija. Además, yo entiendo que la información obtenida durante los exámenes físicos y vacunaciones será compartida con la escuela de mi hijo/hija. Yo solicito que los pagos de beneficios autorizados por el seguro médico se hagan de mi parte al Barren River District Health Department, por los servicios que mi hijo/hija recibe. Yo también autorizo que el departamento de salud local divulgue la información médica de mi hijo/hija a Medicaid/KCHIP para determinar los pagos por los servicios. Yo también entiendo que, al firmar este consentimiento, he recibido una copia de la notificación de privacidad de Barren River District Health Department.

Yo he leído y entiendo los elementos mencionados anteriormente que apliquen a mí. La firma a continuación indica que doy mi consentimiento, autorizo y declaro como se indica anteriormente. Este permiso puede ser revocado en cualquier momento.

(Firma de los padres o Guardianes legales)

(Nombre impreso de los padres o guardián legal)

(Fecha)

ES MANDATORIO COMPLETAR LA PARTE DE ATRAZ DE ESTE CONSENTIMIENTO

2019-2020

CF-1 BRDHD 05/2019

2
0
1
9
-
2
0
2
0