



Nombre del Niño: _____ Fecha: _____

Nombre de la Escuela: _____

HIPAA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Comprendo que como parte de mi cuidado de la salud, el Sistema de Salud Erlanger recibe, origina, mantiene, informa y usa mi información de salud protegida, incluyendo, pero no limitándose a los informes de mi salud y otra información de la salud que describe mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento, planes de tratamiento y la información acerca del seguro médico y la facturación. La información de la salud es mantenida sobre papel y medios electrónicos. Yo autorizo al Sistema de Salud Erlanger para que use esta información con el propósito de efectuar el tratamiento, pago u operaciones para el cuidado de la salud. Esta autorización específicamente incluye la liberación de información médica concerniente a condiciones relacionadas con el uso de drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas y/o enfermedades infecciosas que incluyen pero no se limitan a las enfermedades de la sangre. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito y el Sistema de Salud Erlanger cumpliría con esto si fuera posible. Sin embargo, el Sistema de Salud Erlanger no se responsabiliza por cualquier acción o información que se haya dado antes de la revocación de esta autorización.

Se me ha suministrado una *Notificación de las Prácticas de privacidad* que explica completamente los usos y la liberación de información que el Sistema de Salud Erlanger pueda hacer con respecto a mi información de salud protegida. Comprendo que tengo el derecho de revisar la **Notificación** antes de firmar este consentimiento. También entiendo que el Sistema de Salud Erlanger se reserva el derecho de cambiar *la Notificación de las Prácticas de privacidad* y si las prácticas de privacidad cambian, yo seré notificado/a de los cambios durante mi próxima visita al Sistema de Salud Erlanger. También, puedo obtener una copia actualizada de esta notificación en el www.erlangergroup.com.

Entiendo que no tengo la obligación de consentir al uso y la liberación de mi información de salud protegida para el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Si no consiento, el Sistema de Salud Erlanger puede rehusarse a suministrarme los servicios de cuidado de la salud a menos que se apliquen las leyes federales o del estado que requieren que el Sistema de Salud Erlanger me suministre estos servicios.

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones sobre la liberación de mi información de la salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de la salud. También comprendo que el Sistema de Salud Erlanger no necesita acordar la restricción pedida, pero si esta de acuerdo, esta sujeta a ese acuerdo. Si hay un pedido de restricción sobre el uso o liberación de información de la salud individualmente identificable, se debe de notificar al Oficial en Jefe de la Privacidad (CPSO) de inmediato. La única persona que esta autorizada para aceptar un pedido de restricción es el CPSO.

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito y el Sistema de Salud Erlanger deberá cumplir si es posible. Sin embargo, el Sistema de Salud Erlanger no será responsable por las acciones o liberación de información que se hayan llevado a cabo antes de la revocación de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

Fecha: _____



**Ronald McDonald Care Mobile®
Clínica Médica Escolar
Consentimiento para el tratamiento**

Nombre del niño(a) _____
(Nombre completo con apellidos)

Fecha: _____

Nombre de la Escuela: _____

Yo, al firmar este documento, consiento que mi hijo(a) nombrado arriba reciba servicios médicos en la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald Care Mobile®, que tiene un personal de profesionales del Hospital de Niños Erlanger licenciados por el Estado. Los servicios médicos de la clínica escolar móvil incluyen, pero no se limitan a tratamiento y cuidado médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas, crónicas y la prescripción de medicinas.

Yo entiendo que el personal de salud de la escuela o del Ronald McDonald Care Mobile® me notificarán antes de que mi criatura sea atendida por el proveedor médico. Yo, por este medio, doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba atención de la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald Care Mobile® aun si no puedo acompañar a mi hijo(a) cada vez que la clínica llega.

Yo autorizo al personal de la Clínica Médica Escolar del Ronald McDonald Care Mobile® que revelen toda o cualquier porción de la información médica de mi hijo(a) a las personas o entidades pertinentes a su cuidado médico, incluyendo pero no limitándose a su doctor de atención primaria, enfermera escolar, y personal del Ronald McDonald Care Mobile®.

También entiendo que toda la información médica de mi hijo(a) es confidencial y no será compartida a ninguna persona ni agencia no-autorizada sin consentimiento escrito. Reconozco que he recibido una copia de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) políticas de prácticas de privacidad de la clínica escolar móvil Ronald McDonald Care Mobile®.

Yo autorizo al personal llamar al servicio de emergencia (9-1-1) para mi hijo(a) si es necesario. Los gastos relacionados a la ambulancia u otros servicios de emergencia serán mi responsabilidad.

Yo doy permiso que se dé cualquier información relacionada a su tratamiento a terceros como la compañía de seguros médicos con el propósito de facturación.

Intentaré estar disponible para que puedan comunicarse conmigo con respecto a las necesidades médicas de mi hijo(a). Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos ligados a todas las formas de tratamiento y doy mi consentimiento a la luz de este conocimiento. Entiendo que es mi deber informar al personal del Ronald McDonald Care Mobile® si hay algún cambio de la tutela legal de mi hijo(a).

También certifico al firmar este formulario, que tengo la autoridad legal para firmar este consentimiento. Este consentimiento estará vigente por el periodo de un año, o hasta que revoque tal consentimiento de forma escrita.

Firma del Padre/Madre/Tutor

Nombre del Padre/Madre/Tutor

Fecha

Sigue ►

Historia Médica del Estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la Escuela: _____

Historia clínica del paciente

ADD/ADHD	Sí	No	Enfermedades del Corazón	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedades de Riñones	Sí	No
Problemas urinario/vejiga	Sí	No	Sangrado de la Nariz	Sí	No
Problemas en la sangre	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Problemas del intestino/ Estreñimiento	Sí	No	Parto Prematuro	Sí	No
Cáncer/Leucemia	Sí	No	Problemas en la Columna	Sí	No
Depresión/Ansiedad	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Diabetes Mellitus	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Dolor de oído/Infecciones	Sí	No	Dolores de Estomago	Sí	No
Eczema	Sí	No	Usa anteojos o contactos	Sí	No
Infecciones frecuentes	Sí	No	Usa ayuda para oír	Sí	No
Dolores de cabeza	Sí	No	Problemas de Peso	Sí	No

Medicamentos actuales:

¿Su hijo toma alguna medicina? Sí No

Si es así, escriba que medicinas: _____

Alergias:

¿Su hijo tiene alergias? Sí Si es así, escriba a que esa alérgico) No

Alergias a comidas: _____

Alergias a Medicinas: _____

Animales o insectos: _____

¿Alergias que Requieren Inyecciones de Epinefrina? Yes No

Información del Asma:

¿Tiene su hijo un inhalador? Sí No ¿Tipo de inhalador?: _____

¿Su hijo traerá el inhalador a la escuela? Sí No

¿Usa su hijo un nebulizador en casa? Sí No

Cirugías / Hospitalizaciones:

¿Su hijo ha estado una noche en el hospital? Sí No ¿Número de visitas a la sala de emergencias el año pasado? _____

¿Su hijo ha tenido una lesión grave? Sí No

¿Su hijo ha tenido una cirugía? Sí No

Historia Familiar

¿Tiene parientes de sangre de su hijo tenido los siguientes problemas? (Marque todas las que correspondan.)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Drogas |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Problemas en los músculos | <input type="checkbox"/> Derrame | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Muerte Súbita Infantil | <input type="checkbox"/> Artritis/Defecto de nacimiento | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Ataques |
| <input type="checkbox"/> Sordera temprana | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística |

Historia Social

¿Expuestos al humo del cigarrillo en el hogar? Sí No ¿Vive con los padres? Sí No

Firma

Firma del Tutor

Nombre del Tutor

Fecha

Ronald McDonald Care Mobile ®

Registro de pacientes - Agosto 2014.May 2015

Para una cita llame al (423) 298-4469

Información del paciente:

Apellido del Estudiante _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección del Estudiante _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Seguro Social Del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____

Sexo: M F Raza: (circule uno) Blanco Negro Hispano Asiático Bi-Racial Otro

Médico de atención primaria: _____ Profesor _____

Información del Padre / Tutor:

Nombre del padre / tutor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador del Padre: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular #: _____

Información del seguro: Complete toda la información para que nosotros no tengamos que copiar su tarjeta.

Mi hijo tiene: No tiene seguro

TennCare-ID # _____

Cover Kids - ID # _____

Seguro Comercial Privado / Comercial (indique los detalles a continuación)

Compañía de Seguro Primario: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el estudiante: _____

Identificación o Numero de Póliza _____ Grupo # _____ Pago compartido:\$ _____

Seguro Social del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

(¿Podemos dejar un mensaje?) Sí No

Como padre / tutor del estudiante arriba:

Autorizo la revelación de cualquier información médica necesaria para procesar un cobro al seguro para el pago de los beneficios médicos a la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald Care Mobile ®.

Firma del Padre / Tutor

Nombre del Padre / Tutor

Fecha

Registro Continúa en la Página Siguiente ►