



**SOUTHWEST
MEDICAL GROUP**

**Southwest School-Based Health Center
Formulario de Consentimiento del Estudiante**



POR FAVOR IMPRIMA (UN estudiante por cada formulario)

Nombre del estudiante (Paciente) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Seguro Social - - Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono _____ Sexo (Elige) H _____ M _____ Grado _____ Escuela _____
 Nombre del Padre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento _____
 Relación del Estudiante _____
 Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____
 Relación del Estudiante _____ Teléfono, Casa/Trabajo _____
 Médico Familiar/Clinica _____ Teléfono _____ Tiene Médico SI ___ NO ___ (Marque uno)
 Nombre de Aseguradora del Estudiante _____ Número Póliza/Número de Grupo _____

Consentimiento Para el Tratamiento y la Divulgación

Montezuma-Cortez Schools a tra vés de Southwest Health System, Inc. (SHS), establecieron un programa School-Based Clinic (SBHC) para proporcionar atención primaria y servicios de salud mental para estudiantes. Los servicios proporcionados a tra vés del programa SBHC incluyen, pero no están limitados a, el tratamiento y los servicios de diagnóstico, administración de medicamentos, terapia individual y familiar, la educación del paciente y la administración de inmunizaciones (las vacunas pueden requerir consentimiento separado). Yo voluntariamente solicito y doy consentimiento para los servicios de atención médica y para los servicios de comportamiento de SBHC su personal y proveedores de SHS. Reconozco que no se puede garantizar, ni se ha garantizado ningún tratamiento o exámenes, y entiendo que todos los tratamientos médicos conllevan riesgos inherentes.

Participación y Notificación de Padres/Guardián. La ley de Colorado puede prohibir a SBHC y sus proveedores de informar a los padres/guardián, sin el permiso del paciente, de problemas de salud mental, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, cuestiones de embarazo, planificación familiar, incluyendo control de la natalidad; y diagnósticos o tratamientos de infecciones transmitidas por enfermedades sexuales. Por los efectos de estas condiciones, el paciente puede entrar en una relación confidencial y privilegiada con el proveedor SBHC. Sin embargo, es una práctica de SBHC de tratar de obtener permiso del paciente para informar a sus padre(s), guardián o un adulto cuando una o más de estas condiciones están presentes. Si no se concede el permiso, el personal de SBHC animará fuertemente al estudiante de comunicar su estado a su padre/guardián. Los pacientes menores de diez años que están accediendo a los servicios de SBHC deben estar acompañados por un adulto. Animamos a los padres/guardián u otros representantes autorizados que tengan preguntas acerca de los servicios de SBHC de contactar a SBHC con sus preguntas.

Confidencialidad y Divulgación de Información. Autorizo a SBHC de liberar información del expediente médico del paciente para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y otros usos permitidos por las leyes estatales y federales, incluyendo los Derechos Educativos Familiares Y Privacidad (FERPA) y la Portabilidad de Salud del Seguro y del Acto de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), incluyendo a cualquier proveedor de atención médica, personal de enfermeras de la escuela, y otros miembros del personal de SBHC que participen de cualquier manera con el cuidado del paciente y para cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todo o parte de los cargos de servicios proporcionados al paciente. Entiendo que después de la publicación de ésta información, SBHC no puede controlar su confidencialidad. También doy mi consentimiento y autorizo el personal de SBHC de examinar los registros del paciente escolares, asistencia y otros documentos que sean necesarios para ayudar al personal de SBHC con el diagnóstico y tratamiento del paciente. Yo entiendo que si me niego a autorizar la divulgación de información de salud del paciente a un plan de beneficios médicos (incluyendo seguro de salud, programa de beneficios de descuento, programas de salud del gobierno, etc.) no tendrá ningún efecto de mi inscripción, elegibilidad para recibir beneficios de descuento, programas de salud de gobierno, etc.) no tendrá ningún efecto de mi inscripción, elegibilidad para recibir beneficios bajo el programa SBHC.

Responsabilidad Financiera y Asignación de Pago Directo.

Autorizo a SBHC y sus proveedores, cobrar a cualquier plan de beneficio (incluyendo compañías de seguro, programas de beneficio de descuento, programas de salud del gobierno, etc.) que puedan ser responsables por proveer cobertura y/o pago por servicios proveídos al paciente por SBHC. En el caso de que el paciente no cuente con cobertura médica, SBHC y sus proveedores proveerán tratamiento y servicios; pero, el paciente, padre, guardián, deberá someter una aplicación para elegibilidad financiera y determinar si el paciente califica para cualquier programa de asistencia de salud que pueda ayudar con cualquier costo del paciente. Autorizo que el pago se cobrará directamente a SBHC y sus proveedores, que no exceda el monto de sus cargos regulares, de otro modo pagados a mi por mis servicios de atención médica, y las facilidades que se ofrezcan. Entiendo que no hay garantía de reembolso por parte de cualquier plan de beneficios de salud o de otro tipo ordenante y que pueda ser financieramente responsable de todos los cargos no pagados por alguna razón a mi plan de beneficios de salud o de otro pagador dentro de un período de tiempo que SBHC considere razonable. Los copagos y/o deducibles asociados con cualquier plan de beneficios médicos serán liquidados y recaudados. Puede ser necesario remitir al paciente al hospital, especialistas u otros proveedores de atención médica para el tratamiento recomendado con el fin de proveer cuidado médico de calidad. Estos proveedores pueden tener cargos separados por estos servicios que serán responsabilidad del estudiante/padre/guardián y no están cubiertos por esta forma de consentimiento.

Reconocimiento y Terminación de este Formulario de Consentimiento.

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que el paciente ya no esté inscrito en Montezuma-Cortez RE-1 School District. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que SBHC ya ha actuado en mi permiso. Es la responsabilidad del padre/guardián de notificar SBHC sobre los cambios de custodia.

RECONOZCO QUE HE LEIDO ESTE FORMULARIO, ENTIENDO SU CONTENIDO, Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL PRESENTE DOCUMENTO. RECONOZCO QUE HE REVISADO LA NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE LAS ESCUELAS DE MONTEZUMA-CORTEZ/SHS. Y MAS AUN, RECONOZO QUE YO SOY EL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE O DE OTRA MANERA DE FIRMAR Y ACEPTAR ESTE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE.

Fecha

Firma del paciente, guardián o representante autorizado

Escriba su nombre

