

**POR FAVOR DEVUELVALO A LA ESCUELA**

**Consentimiento para Servicios de Salud Escolar  
Departamento de Salud Distrito Green River**

(expira al año después de firmado)

GRADO \_\_\_\_\_

**Información del Estudiante**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
(Por favor escriba el nombre legal)  
# Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Raza \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código de área \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_  
Nombre del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_  
Encargado Legal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo \_\_\_\_\_  
Persona de contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
¿Su hijo(a) es elegible para almuerzo gratis o reducido? Sí/No \_\_\_\_\_  
Médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Seguro Médico**

¿Tiene usted la tarjeta del Medicaid/KCHIP de Kentucky? Sí No Número \_\_\_\_\_  
¿Tiene usted otro seguro médico? Sí No Número \_\_\_\_\_

**Historial Médico**

Por favor complete la siguiente información, indicando el historial médico de su hijo(a):

- 1) Marque aquí si su hijo ha tenido varicelas Sí No  
2) Circule todas las que apliquen: Diabetes Fuma Epilepsia Asma ADD/ADHD Ninguna  
3) Anote cualquier otro historial médico importante: \_\_\_\_\_

4) Anote todos los medicamentos que toma/razón para tomarlos \_\_\_\_\_

5) Anote todas las alergias \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Servicios de Salud/Asignación de Beneficios**

Doy mi consentimiento para que se le brinden los siguientes cuidados a mi hijo(a) tales como evaluación, examen, pruebas de laboratorios, rayos x, medicamentos sin receta y/o con receta médica, y cualquier otro servicio de salud; por el equipo de trabajo o personal de este departamento de salud. Autorizo a la clínica de salud escolar a mostrar información médica acerca de mi hijo(a) que impacte el ambiente de aprendizaje, a su médico primario, director escolar/consejero o persona designada. Si mi hijo(a) tiene Medicaid/KCHIP, esta información puede ser compartida con ellos para propósitos de facturación o visitas a la clínica escolar. Entiendo que no pueden dar garantías de los efectos de los exámenes y tratamientos brindados a mi hijo(a). Entiendo que puedo ser sometido a pruebas de HIV, Hepatitis B, o cualquier otra enfermedad relacionada con sangre o fluidos corporales, si son necesarias para hacer algún diagnóstico, asistir en algún tratamiento médico o si el encargado del cuidado de la salud está expuesto con mi sangre, mis fluidos corporales o tejidos. Además entiendo, que no recibiré ninguna facturación por los servicios ofrecidos a mi hijo(a) en la clínica escolar durante la sesión escolar. Admito haber recibido toda la información de NPP.

Fecha de la firma \_\_\_\_\_

(Firma de los padres/encargados/estudiantes emancipados) NO ES VALIDO SI NO ESTA FIRMADO CON TINTA