

# CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS ESCOLARES

Orange County Public Schools (Sistema de Escuelas Publicas del Condado de Orange)

445 W. Amelia Street, Orlando FL 32801 407-317-3200

“La Junta Escolar del Condado de Orange es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades”

## Servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc.

### Consentimiento para Menor de Edad

Lea cuidadosamente y complete la siguiente declaración que autoriza la prestación de servicios de atención médica de Healthcare Providers of Florida, Inc., a su hijo menor. Healthcare Providers of Florida, Inc. es una entidad externa que no pertenece ni es operada por las Escuelas Públicas del Condado de Orange. Una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) de Healthcare Providers of Florida, Inc. tratará a su hijo.

Yo, por la presente, doy mi consentimiento para que **mi hijo/a**, \_\_\_\_\_ (**nombre y apellido**)

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Puede recibir los siguientes servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc.

1. Historial médico completo
2. Examen médico para el ingreso escolar y para la participación en deportes, incluyendo un examen inguinal de hernia para los niños varones
3. Examen, diagnóstico, pruebas y tratamiento de enfermedades y lesiones leves
4. Exámenes para problemas médicos concretos.
5. Tratamiento de enfermedades crónicas
6. Exámenes periódicos para mantener la buena salud, información anticipatoria, pruebas preventivas y tratamientos según indique Medicaid.
7. Refereidos a especialistas.
8. Educación médica preventiva
9. Consejería socio-psicológica
10. Administración de medicamentos

Por favor, enumeree cualquier servicio que usted **NO DESEA** que reciba su hijo/a \_\_\_\_\_

Entiendo que la ley exige la confidencialidad de los registros médicos de mi hijo, como paciente que recibe atención, y esos registros no se divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por la presente libero a Healthcare Providers of Florida, Inc. y las Escuelas Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, directores, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de alguna manera con mi hijo que recibe estos servicios. Mi firma a continuación autoriza el tratamiento médico, la facturación del seguro, si corresponde, la recepción del aviso de derechos de privacidad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la información médica que se proporciona a continuación.

Progenitor/Tutor legal \_\_\_\_\_

Teléfono (celular) \_\_\_\_\_ Teléfono (alterno) \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Escuela a la que asiste \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

### Información Médica

**Proveedor médico** \_\_\_\_\_ **Hospital preferido** \_\_\_\_\_

**Seguro:** Sí \_\_\_ No \_\_\_ **Nombre de mi compañía de seguros** \_\_\_\_\_ **Tipo:** Privado \_\_\_ Healthy Kids \_\_\_ Medicaid \_\_\_

**Historial médico:** Alergias a alimentos/drogas \_\_\_\_\_ Medicamentos actuales \_\_\_\_\_

Problemas médicos crónicos o serios \_\_\_\_\_ Cirugías \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_