Servicios ofrecidos por PATHS en tu escuela

- Exámenes anuales de bienestar
- Exámenes físicos deportivos
- Visitas por enfermedad
- Pruebas de laboratorio
- Vacunas
- Recetas médicas
- Exámenes dentales

NOMBRE:_____ _____ _____

Identidad de género ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento Grado

Escuela del estudiante: _____

_____ _____ _____ _____

Dirección postal Ciudad Estado Código Postal

Vive con ☐ Padre ☐ Madres ☐ Los dos ☐ Otro: _____ ¿Vives en vivienda pública?☐ Sí ☐ No ☐ Sin hogar

¿Es usted un estudiante? ☐ Sí ☐ No Eres un veterano? ☐ Sí ☐ No ¿Cómo prefiere ser contactado? ☐ Correo ☐Teléfono☐Correo electrónico ☐En persona

Raza (marque todo lo que corresponda):☐ Negro / afroamericano ☐Blanco ☐ Indio americano / nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo hawaiano /Isleño del Pacífico ☐ Japonés ☐ Niego a especificar **Etnicidad**: ☐ Hispano ☐ No Hispano ☐ Niego a especificar **Idioma preferido**: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Necesito intérprete: ☐ Sí ☐ No **Necesidades de accesibilidad**: ☐ Discapacidad auditiva ☐ Discapacidad visual

PADRES/ TUTORES LEGALES

Nombre de Padre/Tutor Legal | Número de Teléfono (Casa o Móvil) | Número de Teléfono (Trabajo) | Correo Electrónico

Nombre de Padre/Tutor Legal | Número de Teléfono (Casa o Móvil) | Número de Teléfono (Trabajo) | Correo Electrónico

RESPONSABLE (REQUERIDO)

Nombre_____ Número de Teléfono _____

Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social:_____

_____ _____ _____ _____

Dirección postal Ciudad Estado Código Postal

¿Esta persona también es un paciente inscrito en otros servicios de PATHS? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Marque todo lo que corresponda y envíe una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro.

☐ **SEGURO MÉDICO** (Seguro privado, Medicaid, Número de identificación/Número de póliza, etc.) ☐ **SIN SEGURO MÉDICO**

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____

Compañía de seguros **PRIMARIO** Número de identificación/Número de póliza Número de Grupo

¿Tiene cobertura de prescripción médica?☐ **Sí** ☐ **No**

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____

Compañía de seguros **SECUNDARIO** Número de identificación/Número de póliza Número de Grupo

¿Tiene cobertura de prescripción médica?☐ **Sí** ☐ **No**

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del docotor_____ Medicamentos actuales _____

Marque con un (1) cualquier servicio que NO desea que su hijo reciba en School-Based Health:

☐ **Atención médica** ☐ **Salud mental** ☐ **Exámenes dentales**

CONTACTO DE EMERGENCIA

_____ _____

Nombre Relación con el paciente

_____ _____ _____ _____

Dirección postal Ciudad Estado Código Postal

(___)_____ (___)_____ (___)_____

Teléfono: Casa Teléfono: Móvil Teléfono: Trabajo

Autorizo a PATHS School-Based Health a dejar mensajes relacionados con mi atención en mi contestador automático/correo de voz ☐Sí ☐ No

CONSENTIMIENTO PARA MEDICAMENTOS SIN RECETA

NO se administrarán medicamentos de venta libre a un niño que no tenga un registro/consentimiento registrado para el año escolar actual. Doy permiso para que el personal clínico del Centro de salud escolar PATHS administre los siguientes medicamentos de venta libre a mi hijo según lo solicite. Mi hijo y yo entendemos que solo se administrarán un total de tres medicamentos de venta libre en el transcurso de un año escolar. Las solicitudes frecuentes de medicamentos de venta libre podrían sugerir la necesidad de un examen por parte de un proveedor de atención médica.

Estos son los medicamentos de venta libre que podemos administrar:

Tums (Antiácido) • Pastillas para la tos • Ibuprofen • Crema de hidrocortisona 1# • Crema triple antibiótica Tylenol

_____

Firma de padre/tutor legal **Fecha**

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

El Aviso de prácticas de privacidad de salud escolar de PATHS School-Based Health Care está publicado en el Centro de salud escolar. Además, puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad comunicándome con el Centro de salud escolar al (434) 791-0216. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de la información de salud protectora de su hijo que podrían ocurrir para su tratamiento, pago de sus facturas o en el desempeño de las operaciones del Centro de salud escolar PATHS y para otros fines permitidos o requerido por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar la información de salud protegida de su hijo. Entiendo que PATHS School-Based Health Care se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado llamando al Centro de salud escolar PATHS y solicitando que me envíen una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

Yo, el padre/tutor de dicho estudiante, doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios de salud. Entiendo que esos servicios pueden incluir atención de enfermería, tratamiento médico y derivación para asesoramiento; y que toda la información de atención médica es confidencial. Certifico que he sido informado de las políticas y procedimientos relacionados con cómo PATHS School-Based Health Center, una división de Piedmont Access to Health Services, Inc., puede usar y/o divulgar la información de salud personal de su hijo.

Al firmar este formulario de consentimiento:
(1) Autorizo a mi hijo a recibir servicios en mi ausencia;
(2) Acepto aceptar los riesgos de los procedimientos médicos, medicamentos, pruebas (incluido el VIH) y otros tratamientos;
(3) Acepto cumplir con los procedimientos de PATHS y las responsabilidades del paciente establecidas en este formulario;
(4) Doy permiso a PATHS para facturar al seguro de mi hijo los servicios prestados.
(5) Este consentimiento permanece vigente mientras mi hijo esté matriculado en _____ .
(Nombre de la escuela)
(6) Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento presentando una solicitud.

Reconozco que he leído este formulario o que me lo leyeron y me explicaron, que lo entiendo y acepto su contenido. Acepto ser veraz al proporcionar información.

_____

Firma de padre/tutor legal **Fecha**

Translated 7/11/25

PATHS
Live Life. Be Healthy.

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento**: _____

Permiso para evaluar y tratar a un menor sin la presencia de un padre/tutor legal

Yo, _____ (padre/tutor) doy permiso para que mi hijo/a _____ (nombre del paciente) pueda asistir a su cita con las siguientes personas. Esto incluye llevar su hijo/a a la oficina de PATHS, proporcionar un historial de enfermedad actual, revelar información médica protegida y presenciar cualquier examen físico completado por el proveedor. Este adulto tiene la responsabilidad de transmitir cualquier diagnóstico, plan de tratamiento o receta (s) al padre o tutor legal mencionado anteriormente. Tenga en cuenta que este consentimiento le da permiso a PATHS para **evaluar y tratar** a mi hijo/a, que podría incluir, pero no se limita a: vacunas, tratamientos respiratorios, medicamentos en el consultorio, laboratorios (análisis de sangre), etc. _____ (iniciales)
Entiendo completamente que al firmar esto, estoy proporcionando a PATHS permiso para **evaluar y tratar** a mi hijo/a como el proveedor considere necesario.

Adulto	Número de teléfono	Relación al paciente

Autorización de Comunicación de Expediente Médico (HIPAA

Autorizo la revelación de mi información de mi expediente médico, relevante para el tratamiento actual y para discutir VERBALMENTE información médica y de facturación sobre mí / paciente a las siguientes personas:

Adulto	Número de teléfono	Relación al paciente

_____ _____ _____ _____
Firma del padre/tutor legal Fecha Relación al paciente

Por favor, proporciónenos un número de teléfono para comunicarnos con usted en caso de que tengamos alguna pregunta

_____

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Lista de medicamentos actuales:

Nombre del medicamento	Dosis/Concentración	Con qué frecuencia se toma	Prescriptora

Lista de todas las alergias (medicamentos y otras):

Diagnóstico médico/Historial de salud:

Cirugías: