



Healthy Kids Community Care
School-Based Health Clinics



Consentimiento del Uso y Revelación de Información Médica

Nombre del niño/paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Proporcionamos cuidado médico como un equipo; padres, doctores, enfermeras, dentistas y educadores. También, queremos proteger la confidencialidad del estudiante y de la familia para conformarnos con el acto de confidencialidad de 1974. Si usted firma este formulario, usted da el permiso para los individuos/las agencias abajo para discutir las necesidades médicas de su niño y para compartir información de la salud física y mental. Si usted tiene cualquiera pregunta o comentario, llame por favor a la coordinadora de la clínica al 631-3204.

Doy el permiso a las agencias enumeradas abajo para compartir la información escrita y verbal con la Clínica de la Escuela (Healthy Kids School-Based Health Clinics) y entre las otras agencias enumeradas abajo con respecto a la salud de mi niño.

- | | | |
|--|--------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Johnson County Public Health | Phone 319-356-6040 | Fax 319-339-6176 |
| <input type="checkbox"/> Iowa City Community School District | Phone 319-688-1000 | Fax 319-688-1009 |
| <input type="checkbox"/> Grant Wood Area Education Agency | Phone 319-351-2110 | Fax 319-664-3636 |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

Release Information to: **Healthy Kids School-Based Health Clinics** Phone 319-631-3204 Fax 319-688-1009
1725 N. Dodge St. Iowa City, IA 52245

Information to send: _____

(Una copia de esta forma se considera como válido como la original. La persona de contacto enviará copias de esta forma a todos los individuos/agencias enumeradas. Los individuos/agencias enumeradas son responsables de proporcionar la información pidió.)

Entiendo que:

- Al firmar este formulario, autorizo el uso o la revelación de información de salud protegida como se indicó anteriormente.
- Puedo negarme a firmar esta autorización, lo cual no afectará mi tratamiento ni pago de la atención de salud.
- Puedo revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento antes de que revelen la información que he solicitado mediante una notificación de revocación por escrito, como se especificó en el Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.
- Si la parte que recibe la información no está sujeta a las leyes sobre la privacidad de expedientes médicos, el destinatario puede volver a revelar la información y la ley federal o estatal puede no protegerla más. El Centro Médico de la Universidad de Columbia no se hará responsable de ninguna consecuencia que sea resultado de una nueva revelación.
- Si la información para divulgar contiene algún dato sobre el VIH/SIDA se solicitará una autorización adicional de HIPAA para divulgar información médica.
- Los registros de consumo de sustancias controladas o de bebidas alcohólicas, salud mental o psiquiatría pueden tener requisitos de conformidad adicionales que se deben cumplir antes de que se pueda divulgar la información.
- Me entregarán una copia de este formulario firmado.
- El Centro Médico de la Universidad de Columbia puede cobrar un honorario administrativo para cubrir el coste del trabajo, de las copias y del franqueo. En la consulta del médico me informarán acerca de algún costo y arreglo de pago.
- Esta Autorización vence el ____ / ____ {si la fecha no se completa / un año después de firmado}

Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)/ Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) Notice

Any and all personally identifiable information regarding children and families receiving Special Education services funded under the Individuals with disabilities Education Act is protected from unauthorized disclosure under FERPA. Personally identifiable information protected by FERPA is specifically **exempted** from HIPAA privacy standards. FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without parent consent except in limited circumstances, requires notice to be provided to the child's family regarding their privacy rights, requires providers to keep records of access to a child's records, and contains complaint and appeal procedures which apply to disputes over records in possession of Special Education or its providers, among other provisions. All Special Education providers comply with these procedures.

Notice to Recipients of Mental Health Information

In accordance with the Iowa Mental Health Information Disclosure Act (Iowa Code, Chapter 228), a recipient of mental health information may redisclose this information only with the written authorization of the subject or the subject's legal representative or as otherwise provided in chapter 228 and 220. Unauthorized disclosure is unlawful and civil damages and criminal penalties may apply. Federal confidentiality rules (42 CFR Part 2) restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Notice to Recipients of Substance Abuse Information

This information has been disclosed from records whose confidentiality is protected by Federal law. Iowa Code, Chapter 125 and Federal regulations (42 CFR, Part 2) prohibit any further disclosure without the specific written consent of the person to whom the information pertains, or as otherwise permitted by such statute and regulations. A general authorization for the release of medical or other information is not for this purpose. Federal rules restrict any use of the information to criminally investigate or prosecute any alcohol or drug abuse patient.

Firma del padre

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Formulario de Consentimiento para Cuidado de Salud

Cada estudiante debe tener un formulario de consentimiento firmado antes de recibir tratamiento en *ICCSA Healthy Kids School-Based Health Clinics*. Por favor llene la información, **firmar el formulario en donde encuentre una X y devuelva el formulario a la escuela o a la clínica.**

Información general	Nombre del estudiante _____ Escuela _____ Fecha de nacimiento del estudiante _____ Raza _____ Dirección _____ Teléfono de casa _____ Nombre de padre/guardián: _____ Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento del padre _____ Telefono celular _____ Teléfono de emergencia: _____
Historia médica del estudiante	¿Es su hijo (a) alérgico (a) medicamentos ? _____ Sí _____ No _____ Por favor liste todo a lo que su hijo(a) es alérgico(a): _____ Por favor liste cualquier condición médica que tenga su hijo(a) (como asma, diabetes, convulsiones, depresión, hiperactividad): _____ _____ Por favor liste cualquier medicamento/tratamiento que su hijo(a) esté recibiendo actualmente: _____ _____ Por favor liste las cirugías que ha tenido su hijo(a): _____
Consentimiento para recibir servicios	<p>Yo doy consentimiento para que mi niño(a) reciba servicios de salud de ICCSD Healthy Kids Community Care School-Based Health Clinic incluyendo medicamentos que se pueden adquirir sin receta médica como: <u>Tylenol, Ibuprofeno, antiestamínicos, descongestionantes, medicamento para la tos, antiácidos, pomada con antibiótico, crema de hidrocortisona, crema anti-fungal, en dosis apropiadas para la edad de niño(a).</u> Además, consiento a mi niño que es referido por el personal de la clínica para los servicios dental y/o los servicios médicos mentales. Permiso para que mi hijo(a) reciba servicios durante el año escolar a menos de que este sea revocado por el padre/guardián. Si he pedido que a mi hijo(a) se le haga un examen físico para deportes, yo entiendo que será un examen completo del cuerpo apropiado para su edad será ofrecido como parte de nuestros servicios comprensivos. Yo entiendo que toda la información en relación a mi hijo(a) es confidencial y será tratada de acuerdo con las prácticas médicas aceptables y respetando las leyes federales y estatales de privacidad.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <input checked="" type="checkbox"/> Firma Padre/Guardian Fecha </div> <p>Yo le doy consentimiento al personal de la clínica ICCSD Community Care School-Based Health para: Actualizar las vacunas de mi hijo/hija: Si__ No __ Ponerle la vacuna de la gripe durante los meses del invierno: Si__ No __ Aunque he dado consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios provistos, YO NO quiero que el reciba los servicios anotados aquí: _____</p>
Médico	¿Tiene su hijo(a) un médico o proveedor de salud? _____ Si _____ No. ¿Si contesto si, como se llama el médico? _____ Yo doy consentimiento para que el personal de ICCSD Community Care School-Based Health Clinic se comunique con el proveedor de salud de mi hijo(a) y comparta información concerniente a la salud de mi hijo(a) via fax, teléfono, etc.
ICCSA	<p>Yo doy consentimiento para que el personal de ICCSD Healthy Kids Community Care School-Based Health Clinic comparta información concerniendo a mi hijo(a) con la enfermera escolar/servicios de salud de ICCSD via fax, teléfono, etc.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <input checked="" type="checkbox"/> Firma Padre/Guardian Fecha </div>
Seguro y transporte	Mi niño/a (marque): _____ No tiene seguro _____ seguro <i>hawk-i</i> _____ Title 19 Por favor provea identificación personal (7 dígitos terminando con una letra) _____ <p>Yo doy consentimiento para que mi hijo(a) sea transportado para recibir servicios de salud si yo no estoy disponible</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-between;"> <input checked="" type="checkbox"/> Firma Padre/Guardián Fecha </div>