

DISTRITO ESCOLAR DE KANKAKEE 111 CENTRO DE SALUD ESCOLAR  
SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS, PROCEDIMIENTOS DEL LABORATORIO Y EXÁMENES MEDICOS

fecha \_\_\_\_\_ nombre del estudiante \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
sexo \_\_\_\_\_ raza \_\_\_\_\_ etnicidad \_\_\_\_\_ escuela corriente \_\_\_\_\_ grado \_\_\_\_\_  
nombres de los padres/tutores \_\_\_\_\_  
dirección domiciliaria \_\_\_\_\_  
teléfono domiciliaria \_\_\_\_\_  
seguro social del estudiante \_\_\_\_\_  
contacto de emergencia \_\_\_\_\_ teléfono de emergencia \_\_\_\_\_ parentesco \_\_\_\_\_

Los servicios que ofrecemos en el Centro de Salud.

- Manejo de enfermedades crónicas y graves.
- Consejos y orientación que sean apropiados a la edad del niño(a).
- Exámenes físicos (anuales, escolares, atléticos).
- Tratamientos dentales.
- Orientación familiar, grupal, individual.
- Administración de las inmunizaciones (vacunas) e intercambios de datos con los departamentos de salud, las clínicas y las consultas medicas.
- Programas de educación sobre la salud individual o grupal.
- Orientación sobre la nutrición.
- Análisis de sangre, análisis del laboratorio sencillo (deficiencia de hierro, embarazo, orina, diabetes).
- Orientación pre-natal y pos-parto.
- Proveemos una copia del examen físico para la enfermera escolar y/o el departamento atlético para poder asistir a la escuela / jugar a deportes.
- Pruebas, tratamientos, consejos, y recomendaciones para las enfermedades transmitidas sexualmente.
- Tratamiento de condiciones que podrían causar ausencia o expulsión de la escuela (dolor de cabeza, calambres, tiña, piojos, etc.).

*A menos que sea notificado, mi firma abajo hace que mi niño(a) sea elegible para todos los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar.*  
El estudiante mencionado anteriormente tiene mi consentimiento de recibir todos los servicios ofrecidos por el Centro de Salud Escolar. He sido informado(a) y entiendo el alcance de los servicios que le serán proveídos a mi hijo(a).

\*\*\*Favor de completar la siguiente información y proveer una copia de la tarjeta médica o el seguro médico.\*\*\*

Nombre del médico del estudiante: _____
<input type="checkbox"/> NO TIENE COBERATURA MÉDICA
Sí tiene COBERATURA MÉDICA: Favor de completar la siguiente información:
<input type="checkbox"/> Kidcare <input type="checkbox"/> Medicare ID# _____
Seguro de salud PRIVADO o HMO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Nombre de la compañía _____
Nombre del asegurado (p.ej., padre/tutor) _____
Nombre del patrón _____
Número del seguro social _____ Número de la póliza _____ número del grupo _____
Dirección de la compañía de seguros _____
Número de teléfono de la compañía de seguros _____
¿Está inscrito el estudiante en el programa de almuerzos gratis o rebajados? sí no

Yo (nosotros) entendemos que el Centro de Salud no puede garantizar la efectividad de cualquier tratamiento prescrito por \_\_\_\_\_, yo (nosotros) reconocemos que no he (hemos) recibido tal garantía. Yo (nosotros) podemos ser contactados al \_\_\_\_\_ ó \_\_\_\_\_ si hay preguntas.

Yo también consiento dar al Centro de Salud la información pertinente sobre la salud de mi niño(a) para facilitar la evaluación de mi hijo(a) de ser necesario. Además, autorizo al Centro de Salud de compartir información referente a la salud de mi hijo(a) con otras personas y otros médicos para los fines de las facturas, el manejo del programa, y las evaluaciones según las leyes federales y estatales y las regulaciones referente a la confidencialidad. Al firmar, reconozco que he recibido una copia de *Aviso de las Prácticas Privadas* del Centro de Salud, lo cual provee información sobre como podemos utilizar y compartir la información sobre su salud según el Acta de la Portabilidad y Contabilidad del Seguro de Salud de 1996. (HIPAA).

El Centro de Salud tiene el orgullo de mandar sus clientes a los servicios que el centro ofrece, servicios como la educación individual o grupal sobre la salud, la nutrición, el manejo de peso, el bienestar, la prevención de enfermedades, el ejercicio, el yoga, y los servicios dentales. La trabajadora social de la clínica puede ofrecer terapia individual, grupal, o familiar. Además, el Centro de Salud manda sus clientes a otros médicos para los servicios que el Centro de Salud no puede proveer. Estos médicos pueden ser otorrinolaringos, especialistas en ortopedia, o dentistas, endodontistas o cirujanos orales. Para más educación sobre la abstinencia, la información sexual, la salud sexual, la planificación familiar, y los temas relacionados, el Centro de Salud manda sus clientes a médicos privados o al New Life Center (El Centro de la Vida Nueva). El Centro de Salud también manda sus clientes a programas para la salud mental o el uso de sustancias. El Centro de Salud tiene enlaces con muchas agencias comunitarias que proveen estos servicios. **Padres, noten que aunque el Centro de Salud no provee los servicios de planificación familiar, según la ley del Estado de Illinois, estos servicios están disponibles para los que tienen 12 años o más, con o sin el consentimiento de los padres. El Centro de Salud anima a los padres a hablar de estas necesidades de la salud con sus niños(as). La confidencialidad entre el alumno(a) y los profesionales del Centro de Salud estará asegurada en las áreas específicas designadas por la ley y no se hablará de estas áreas con el padre/tutor a menos que el alumno(a) esté de acuerdo.**

#### LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Tomando en cuenta que el distrito escolar de Kankakee #111 está honorando la solicitud para los exámenes y tratamientos, yo (nosotros) por este medio, por mi mismo, (nosotros) y por mis (nuestros) herederos, ejecutadotes y administradores, acordamos liberar para siempre al Distrito Escolar de Kankakee, y a todos los miembros de la Mesa Educativa, y a todos sus administradores, oficiales, agentes, y empleados, cada uno de ellos actuando oficialmente o en cualquier otra capacidad, de cualquier y de todo cargo, demanda, acción, o causa de acción en absoluto, sugiriendo de o relacionado con cualquier pérdida, daño, o herida, incluyendo la muerte, que pueda ser sostenido por mi mismo (nosotros), \_\_\_\_\_ o mis (nuestros) respectivos herederos, ejecutores, y administradores

(nombre del niño(a))

como resultado del reconocimiento y tratamiento de \_\_\_\_\_ como es por la presente considerado y autorizado.

(nombre del niño(a))

Además, tomando en cuenta que el Distrito Escolar de Kankakee #111 está honrando la solicitud para la administración de medicamentos, yo (nosotros) por este medio consentimos de indemnizar al Distrito Escolar de Kankakee #111, a todos los miembros de la Mesa Ejecutiva, y a todos los administradores, oficiales, agentes, empleados, y cada uno de ellos actuando oficialmente o en cualquier otra capacidad por responsabilidad, daño, pérdida, costes y gastos (incluyendo los honorarios razonables de abogados) que el Distrito Escolar de Kankakee #111, o todos los miembros de la Mesa Educativa, o sus administradores, oficiales, agentes, y empleados, o cualquiera de ellos, puedan de ahora en adelante sufrir, contraer, gastar, o obligar a \_\_\_\_\_ o a

(nombre del niño(a))

cualquier otra persona, compañía, empresa, o agencia gubernamental surgiendo, directamente o indirectamente, del reconocimiento y tratamiento de \_\_\_\_\_ por la presente pedido y autorizado.

(nombre del niño(a))

SIENDO TESTIGO DEL MISMO, yo (nosotros) hemos firmado la Solicitud y Autorización para el Tratamiento, Procedimientos del Laboratorio y Exámenes Médicos e Indemnización, hoy el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
firma del testigo (Centro de Salud)

\_\_\_\_\_  
firma del padre / tutor