

**Por favor devolver a la escuela**  
**Consentimiento para servicios de la salud escolar**  
**Departamento de Salud del Condado de Franklin**  
**Información del niño / estudiante**

Maestra \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Equipo \_\_\_\_\_

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_  
 (Nombre completo legal del niño)

Seguro social# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Raza \_\_\_\_\_  varón  hembra Cuantas personas viven en la casa? \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Tel casa \_\_\_\_\_ Tel trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Tel casa \_\_\_\_\_ Tel trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Guardián legal \_\_\_\_\_ Tel casa \_\_\_\_\_ Tel trabajo \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_

Persona que se puede llamar en caso de emergencia **además de los padres** \_\_\_\_\_

Tel casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Tel trabajo \_\_\_\_\_

Su hijo **califica** para el almuerzo gratis o reducido?  SI  No  No se

Ha asistido su hijo a una escuela en el Condado de Franklin?  Si  No Escuela \_\_\_\_\_

Mi hijo **Tiene** las siguientes **condiciones de emergencia** que requieren **tratamiento o medicinas de emergencia (EPI-PEN, Glucagon, Inhalador de asma etc)** en la escuela

**Diabetes**  **Asma**  **Convulsiones**  **Alergias Severas**  **Otro** \_\_\_\_\_

Historia médica del Niño: Historia médica importante / Medicinas diarias \_\_\_\_\_

**ALERGIAS** a: (marque las que aplican)

- Cacahuete:** EXPLIQUE LA REACCION; \_\_\_\_\_
- Picadas de abejas o avispas:** EXPLIQUE LA REACCION \_\_\_\_\_
- Medicinas:** por favor NOMBRAR \_\_\_\_\_
- OTRO:** EXPLIQUE LA REACCION: \_\_\_\_\_

\*\*\*Mi hijo tuvo: **vacuna** de varicela  Si  No Historia de **enfermedad** diagnosticada de varicela  Si  No

Seguro medico del Niño

Tiene la tarjeta KY Medicaid  Si  No Numero \_\_\_\_\_

Tiene la tarjeta K-CHIP  Si  No Numero \_\_\_\_\_

Tiene otro seguro medico?  Si  No Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Cubre vacunas?  Si  No  No se

Medico del **niño** \_\_\_\_\_ Dentista del **niño** \_\_\_\_\_

**Alguien fuma en la casa del niño?**  Si  No

**Consentimiento para los servicios de salud/Beneficios**

Yo doy permiso para servicios que podrían incluir inspecciones, exámenes, evaluaciones, pruebas de laboratorio, tratamiento, primeros auxilios, medicinas sin receta médica y cualquier otro servicio dado a mi /o hijo/a por empleados de esta clínica escolar. Yo entiendo que no hay garantías acerca de la eficacia del tratamiento o examen dado a mi /o hijo/a. Yo autorizo la clínica escolar a revelar información medica/dental de mi hijo a su proveedor de salud /dental primario. También entiendo que la información obtenida por el examen físico, incluyendo información de vacunas, será revelada a la escuela de mi hijo. Si mi hijo tiene Medicaid o K-CHIP, también autorizo la clínica escolar a revelar esta información a Medicaid /K-CHIP para que Medicaid/K-CHIP puedan cobrar las visitas a la clínica escolar. También entiendo que al firmar este consentimiento, estoy consciente que he recibido una copia de la Notificación de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Franklin.

**X Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Padre/guardián legal/estudiante emancipado) (VENCE EN UN AÑO) FCHD-SNP-001 (6/15)