

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)