

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS ESCOLARES

Orange County Public Schools (Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Orange)  
445 W. Amelia Street, Orlando FL 32801  
407-317-3200

“La Junta Escolar del Condado de Orange es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades”

Por favor, lea atentamente y complete la siguiente declaración de consentimiento que autoriza que su hijo/a menor de edad pueda recibir servicios médicos en la escuela.

Yo, por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ número de Seguro Social \_\_\_\_\_

pueda recibir los siguientes servicios proporcionados por un/a médico, enfermero/a practicante o persona afiliada:

1. Historial médico completo
2. Examen médico para el ingreso escolar y para la participación en deportes, incluyendo un examen inguinal de hernia para los niños varones
3. Examen, diagnóstico, pruebas y tratamiento de enfermedades y lesiones leves
4. Exámenes para problemas médicos concretos.
5. Tratamiento de enfermedades crónicas
6. Exámenes periódicos para mantener la buena salud, información anticipatoria, pruebas preventivas y tratamientos según indique Medicaid.
7. Referencias a especialistas.
8. Educación médica preventiva
9. Consejería socio psicológica
10. Administración de medicamentos

Por favor, liste cualquier servicio que usted **NO DESEA** que reciba su hijo/a \_\_\_\_\_

Yo comprendo que la confidencialidad del historial médico del paciente es obligatoria según la ley, y que tal historial no se entregará a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por la presente, acuerdo en librar a los suministradores de este servicio, así como a sus afiliados, directores, oficiales, empleados, agentes, sucesores y asignados de cualquier y toda responsabilidad legal que surja a raíz de o que esté relacionada de cualquier modo a los servicios que reciba mi hijo/a. Mediante mi firma abajo, autorizo tratamientos médicos, cobranza a mi seguro médico, si lo hubiere, y, acuse de recibo de mis derechos de privacidad tal y como requiere HIPPA.

Progenitor/Tutor legal \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar \_\_\_\_\_ Teléfono del abajo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Suministrador médico \_\_\_\_\_ Hospital preferido \_\_\_\_\_

Seguro: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: Privado \_\_\_\_\_ Healthy Kids \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_

Nombre de mi compañía de seguros \_\_\_\_\_ Número de Seguro \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

### Historial médico

Alergias a medicamentos \_\_\_\_\_ Medicamentos actuales \_\_\_\_\_ Estancias en el hospital \_\_\_\_\_

Problemas médicos crónicos o serios \_\_\_\_\_ Cirugías \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_