



CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR 2018-19



¿QUE ES EL PLAN DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR?

Este Programa de Servicios de Salud Escolar está diseñado para evaluar, proteger y promover la salud de nuestros estudiantes, así como proporcionar servicios de salud preventiva y de emergencia basados en la escuela de acuerdo con nuestro Plan de Servicios de Salud Escolar local. El Plan de Servicios de Salud Escolar se desarrolla conjuntamente y estos servicios son brindados por profesionales de la salud bajo la dirección de la Administración de Bay District Schools, el Departamento de Salud de Bay County Florida y PanCare of Florida, Inc.

EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR DE PANCARE OF FLORIDA, INC. INCLUYE:

Los siguientes servicios de atención médica son provistos por PanCare of Florida, Inc., como parte del Plan de Servicios de Salud Escolar desarrollado conjuntamente. Doy mi consentimiento para los siguientes servicios (padres escriba sus iniciales a los artículos a los que usted da su consentimiento):

Iniciales: _____ Evaluaciones de Salud Especificas de Grado (visión, audición, altura, peso, nutrición, and escoliosis)

- Estatutos de la Florida 381.0056(7)(d), exige exámenes de salud a estudiantes de escuelas públicas en Kindergarten (KG), 1st, 3ro y 6to grado y para estudiantes nuevos en el condado.
- Las evaluaciones incluyen visión, audición, altura y peso, Índice de Masa Corporal (BMI), y Escoliosis. Se ofrecen en un esfuerzo por disminuir las barreras de salud para el aprendizaje y se pueden realizar individualmente o en grupos.

Iniciales: _____ Servicios Técnicos de Soporte a la Salud

- Distribución de Medicamentos a Estudiantes por parte de los Técnicos de Soporte a la Salud
- Servicios Basicos de Primeros Auxilios

Iniciales: _____ Exámenes Físicos Escolares y Deportivos

- Exámenes Físicos provistos por un Proveedor Medico con Licencia en Florida

Iniciales: _____ Servicios Dentales Preventivos

- Exámenes dentales provistos por un Dentista con Licencia en Florida
- Limpiezas Dentales provistas por un Higienista Dental con Licencia en Florida
- Selladores Dentales aplicados a los molares según sea necesario por un Higienista Dental con Licencia en Florida

CONSENTIMIENTO PARA GRABAR COMPARTIR

Entiendo que los servicios de salud prestados por los socios de atención médica del distrito (que incluyen PanCare of Florida, Inc. y el Departamento de Salud de Florida, Bay County) y los servicios educativos brindados por el Consejo Escolar de Bay County, Florida, pueden ser ayudados por aquellas entidades que pueden compartir información relevante que de otra manera podría ser confidencial. Al firmar abajo, el padre reconoce y consiente a lo siguiente:

Entiendo y acepto que ciertos registros educativos de mi hijo se compartirán con los socios de atención médica del distrito según sea necesario para proporcionar y evaluar los servicios de salud a los estudiantes. También entiendo y acepto que los registros de tratamiento médico de mi hijo creados por el personal de atención médica en la escuela pueden compartirse con funcionarios escolares que tienen un propósito educativo legítimo para acceder a dichos registros de tratamiento. Además, autorizo a los socios de atención médica del distrito a contactar al pediatra (s) o médico (s) de mi hijo para obtener información médica personal en lo que respecta a los servicios de salud del estudiante.

Por la presente autorizo la información médica de mi hijo, información de contacto de los padres y otra información de salud (coleccionada de los servicios de salud proporcionados en la escuela, incluyendo la información almacenada electrónicamente) para compartir con el personal de emergencia y los funcionarios del departamento de salud para informar y prepararse para condiciones de salud potenciales o confirmadas.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Iniciales: _____ Doy mi permiso para que PanCare of Florida, Inc. le facture al Seguro/Medicaid de mi hijo todos y cada uno de los servicios prestados.

Iniciales: _____ Entiendo que si mi hijo no tiene cobertura de seguro para los servicios prestados, se omitirán todos los cargos y no seré financieramente responsable.

IMPRIMIR EL NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **Fecha:** _____

Las declaraciones de consentimiento anteriores permanecerán vigentes hasta que el padre/tutor legal informe al director por escrito de cualquier cambio.