

**Programa de salud escolar del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York
Formulario escolar de consentimiento de los padres**

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Autorizo que mi hijo reciba servicios de cuidados de salud por parte de los profesionales de salud con licencia estatal de _____ dentro del programa de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que en ciertas áreas específicas de salud se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de cuidados de salud, de acuerdo con la ley vigente, y que se alentará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios de los centros de salud escolar son, entre otros:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, como: exámenes de visión (incluye anteojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras condiciones médicas, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo) que incluye los análisis necesarios para la escuela, deportes, documentación laboral y nuevas admisiones.
3. Análisis de laboratorio recetados por un médico, incluye anemia, drepanocitosis (anemia de célula falciforme) y diabetes.
4. Cuidados y tratamientos médicos, incluye diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas, y provisión y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Educación de salud y asesoramiento para la prevención de conductas riesgosas, como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, así como educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH, según la edad.
7. Exámenes dentales, incluye: diagnóstico, tratamiento y selladores si corresponde.
8. Recomendaciones para servicios no proporcionados en el centro de salud escolar.
9. Cuestionario o encuesta de salud anual.

**PLANILLA DE DATOS DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE
SALUD DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD EN CUMPLIMIENTO
CON LAS DISPOSICIONES DE LA LEY HIPAA**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información médica. No obstante, es posible que la divulgación de estos datos esté prohibida por la legislación federal de privacidad y la legislación estatal.

Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo que se revele información médica a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York o NYCDOE, por sus siglas en inglés), ya sea porque lo exige la ley o una disposición del Canciller, o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la institución o persona que den a conocer la información médica en cuestión deben enviarme una copia de este formulario. Los padres tienen la obligación de brindar a la escuela cierta información, por ejemplo, los certificados de vacunación. Si los padres no cumplen con este deber, es posible que el estudiante no sea admitido en la escuela.

Me han respondido todas las preguntas que tenía acerca del formulario. Entiendo que no es obligatorio autorizar la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de parecer cuando lo desee y revocar mi autorización escribiéndole al centro de salud escolar. Sin embargo, si ya se ha dado a conocer cierta información, no es posible revocar la autorización en forma retroactiva de modo que se puedan ocultar datos divulgados antes de la revocación.

Autorizo al centro de salud escolar _____ a revelar información médica específica del estudiante cuyo nombre figura en el dorso de la página a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York o NYCDOE).

Autorizo que el centro de salud escolar revele al NYCDOE y que el NYCDOE revele al centro de salud escolar la información médica que se detalla a continuación con el fin de cumplir los requisitos impuestos por la ley y procurar que la escuela cuente con la información necesaria para proteger la salud y la seguridad de mi hijo. Entiendo que esta información seguirá siendo confidencial de acuerdo con la legislación federal y estatal y las disposiciones del Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por disposiciones del Canciller:

- Examen a nuevos ingresantes (formulario 211S)
- Vacunas
- Resultados de los exámenes de visión y audición
- Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad de su hijo:

- Condiciones médicas que pueden requerir tratamiento médico de emergencia (formulario 103S)
- Condiciones médicas que pueden limitar las actividades diarias del estudiante (formulario 103S)
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (sin incluir VIH u otras enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley).
- Cobertura de seguro de salud

Mi firma en la página 1 de este formulario indica que autorizo a _____ a comunicarse con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo y a obtener información del seguro.

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: la fecha de la firma que figura al dorso

Hasta: la fecha en que el estudiante deja de estar registrado en el centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)