



SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO FAYETTE EN LEXINGTON (LFCHD)

650 Newtown Pike
Lexington, KY 40508
(859) 288-2314 TELÉFONO
(859) 288-2313 FAX

Formulario de información de salud de el/la estudiante

Por favor complete un formulario por estudiante

Apellido Nombre:

Inicial del segundo nombre:

Número de Seguro Social Fecha de nacimiento:

Raza (marque una o más): caucásica/blanca afroamericana/negra nativo americana/india americana o nativo de Alaska asiática nativa de Hawái u otras islas del Pacífico

Etnicidad: Hispano o Latino Si No Sexo: Masculino Femenino

Dirección Ciudad Estado

Código postal

Padre/Madre/Representante 1 Número principal

Número alternativo

Padre/Madre/Representante 2 Número principal

Número alternativo

Persona de contacto de emergencia

QUE NO SEAN LOS PADRES O REPRESENTANTES:

Relación con el/la estudiante Número principal

Número alternativo

¿El/la estudiante tiene alguna de las siguientes condiciones que puede amenazar la vida y requerir tratamiento de EMERGENCIA o medicamentos en la escuela? Por favor marque la/s casilla/s apropiada/s a continuación.
DIABETES ASMA CONVULSIONES ALERGIA QUE AMENAZA LA VIDA OTRO:

Historial Médico de el/la estudiante

Antecedentes médicos significativos Sí No

Otro historial médico relevante

Alergias a medicamentos Sí No Otras alergias Sí No

Alergias alimentarias Sí No Restricciones dietéticas Sí No

Medicamentos que toma diariamente Sí No

*Medicamentos que se darán en la escuela Sí No

*Debe completar un formulario de consentimiento adicional antes de traer cualquier medicamento (de venta libre o con receta) a la escuela para poder administrarlo. Los formularios están disponibles en la escuela.

Proveedor de Atención Médica Primaria de el/la estudiante

Teléfono #

He/hemos completado el historial médico anterior según mi/nuestro conocimiento y entiendo que es mi/nuestra obligación actualizar la información anterior con cualquier cambio, adición o calificación.

X (Firma del padre/madre/representante/estudiante emancipado/a) (Fecha de la firma)



Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento _____



**DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL CONDADO FAYETTE DE LEXINGTON
(LFCHD siglas en inglés)
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL**

1. Todos/as los/las estudiantes recibirán primeros auxilios básicos y de atención de emergencia. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que los servicios de salud escolar, que incluyen, entre otros, la aplicación de un ungüento contra la picazón, un limpiador antiséptico y/o un lavado de ojos, sean proporcionados a mi estudiante por enfermeros/as o agentes de LFCHD mientras está en la escuela. Si el/la estudiante requiere asistencia médica de emergencia que no puede ser brindada en el sitio por un/a enfermero/a escolar y yo no puedo ser contactado/a, doy mi consentimiento para que el LFCHD haga los arreglos para la provisión de atención médica de emergencia para mi representado/a, que incluye, entre otros, el transporte hacia el centro de atención médica más cercano y/o para asegurar la atención médica necesaria para el/ella en ese centro.
2. Además, entiendo que el LFCHD brinda solo primeros auxilios básicos y atención de emergencia a los/las estudiantes, como se establece en este Consentimiento para Servicios de Salud Estudiantil. No se realizará ninguna derivación para este tipo de servicios de salud, a menos que sea médicamente necesario o en caso de emergencia.
3. Doy mi consentimiento para que una enfermera escolar le realice una evaluación de la vista a mi estudiante. Entiendo que una evaluación de la vista no sustituye un examen ocular completo realizado por un profesional de la visión.
4. Doy mi consentimiento para que una enfermera escolar le realice una evaluación auditiva a mi estudiante. Entiendo que una evaluación auditiva no sustituye un examen auditivo completo realizado por un profesional de la visión.
5. Entiendo que, al firmar este consentimiento, reconozco que recibí o que tengo acceso a una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de el LFCHD ubicado en www.lfchd.org o que puedo solicitar una copia llamando a la División de Servicios de Salud Escolar al 859-288-2314.
6. Entiendo que el LFCHD no ofrece ningún servicio de salud o servicio de salud mental relacionado con la sexualidad humana, la anticoncepción o la planificación familiar como se define y aborda en KRS 158.191. En el caso de que el LFCHD cambie sus servicios para ofrecer dicho servicio, no se le ofrecerá ningún servicio a mi hijo/a, sin notificación previa de ese servicio y consentimiento por escrito para la prestación de ese servicio, a menos y/o excepto de conformidad con la ley federal, estatal o local.

X _____
(Firma del padre/madre/representante/estudiante emancipado)

_____/_____/_____
(Fecha de la firma)

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE EL/LA ESTUDIANTE

1. Por la presente, doy mi consentimiento para que el LFCHD divulgue información médica sobre mi representado/a a su proveedor de atención médica primaria u otro proveedor de atención médica según sea necesario para fines de su tratamiento.
2. La ley de Kentucky requiere ciertas vacunas para poder asistir a las escuelas públicas de Kentucky. En la medida necesaria doy mi consentimiento para que se le proporcione, directa o indirectamente a través de un proveedor médico externo, la información de la vacunación requerida a el LFCHD, y que este ingrese esa información de vacunación en el Registro de Vacunación de Kentucky ("KYIR" *por sus siglas en inglés*) en su nombre y como parte de sus servicios a las Escuelas Públicas del Condado de Fayette ("FCPS" *por sus siglas en inglés*). Además, doy mi consentimiento para que LFCHD comparta los mismos registros o información con el Gabinete de Servicios de Salud y de Familia de Kentucky y sus divisiones, subpartes y/o empleados/as con el fin de compilar datos estadísticos, para ayudar a controlar, reducir, y/o afectar la propagación de enfermedades infecciosas, y/o según lo exija la ley.
3. Entiendo que ninguna parte en este Consentimiento y Divulgación de Información Médica de el/la Estudiante tiene la intención de impedir, reducir, aumentar o tener ningún otro efecto sobre cualquier derecho que tengo como padre, madre o representante legal con respecto al acceso a la información médica de mi hijo/a.
4. Este formulario de consentimiento permanecerá vigente para su representado/a hasta la graduación, salida y/u otra terminación de la inscripción de el/ella en una escuela de FCPS, a menos que usted revoque este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto que dicha revocación no afectará la información que ya se haya divulgado en virtud de este consentimiento.
5. Cualquier información divulgada en respuesta a este consentimiento puede volver a divulgarse a otras partes.
6. Ningún tratamiento médico o pago está condicionado a la firma de este consentimiento.
7. Tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.
8. Cualquier facsímil, copia o fotocopia de este consentimiento autorizará la divulgación de la información médica de el/la estudiante como se limita y describe en este documento.

X _____
(Firma del padre/madre/representante/estudiante emancipado)

_____/_____/_____
(Fecha de la firma)