



**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO FAYETTE  
EN LEXINGTON (LFCHD por sus siglas en inglés)  
(LFCHD) SERVICIO DE SALUD ESCOLAR**

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

**Formulario de consentimiento de salud del estudiante  
Por favor complete un formulario por estudiante**

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL**

Todos los estudiantes recibirán atención básica de primeros auxilios y de emergencia. Al firmar este formulario, yo doy mi consentimiento para que los(as) enfermeros(as) o los agentes de LFCHD le presten a mi estudiante 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 mientras está en la escuela. Si mi estudiante requiere de asistencia médica de emergencia que no puede ser proporcionada por un(a) enfermero(a) escolar y yo no puedo ser contactado, yo doy mi consentimiento para que el LFCHD haga los arreglos para la provisión de atención médica de emergencia para mi estudiante, incluyendo el transporte al centro de atención médica más cercano y/o asegurar que mi estudiante reciba la atención médica necesaria en ese centro.

Si mi estudiante o mi persona participamos en el Kentucky Medicaid o K-CHIP, yo autorizo a el LFCHD a divulgar la información médica de mi estudiante a Medicaid/K-CHIP para que puedan facturar a Medicaid/K-CHIP los servicios prestados por el(la) enfermero(a) de la escuela sin costo alguno.

Yo entiendo que al firmar este consentimiento, yo acepto que recibí o de que tengo acceso a una copia del aviso de las prácticas de privacidad del LFCHD localizada en <https://www.lfchd.org> o que puedo solicitar una copia llamando a la División de Servicios de Salud Escolar al 859-288-2314.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre/tutor legal/ estudiante emancipado)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
(Fecha de la firma)

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

Por medio de la presente yo doy mi consentimiento para que el LFCHD divulgue la información médica sobre mi estudiante a su proveedor médico de atención primaria u a otros proveedores de atención médica según sea necesario para los fines de tratamiento.

Por medio de la presente yo doy mi consentimiento para que el LFCHD acceda al Registro de Vacunación de Kentucky (KYIR por sus siglas en inglés) y obtenga el estado de vacunación de todas las vacunas requeridas para asistir a una escuela pública de Kentucky. Además, yo doy mi consentimiento para que el LFCHD proporcione copias de esos registros de vacunación o la información que contengan estos a las Escuelas Públicas del Condado de Fayette (FCPS por sus siglas en inglés). El propósito de este registro o la recuperación y divulgación de la información es para verificar que mi estudiante haya recibido las vacunas requeridas para poder asistir a una escuela pública según la ley de Kentucky. Además, también doy mi consentimiento para que el LFCHD comparta los mismos registros o información con el Gabinete de Servicios de Salud y la Familia de Kentucky (CHFS por sus siglas en inglés) y sus divisiones, subpartes y/o empleados con la finalidad de compilar datos estadísticos para ayudar a controlar, reducir y/o afectar de algún otro modo la propagación de enfermedades infecciosas, y/o según lo exija la ley. Además doy mi consentimiento para que el LFCHD ingrese la información de vacunación de mi estudiante en el KYIR.

Este formulario de consentimiento permanecerá vigente para mi estudiante hasta su graduación, retiro y/u otra terminación de la inscripción en una escuela de FCPS, a menos que, yo revoque este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto que dicha revocación no afectará la información que ya se ha divulgado basada en este consentimiento.

Cualquier información divulgada en respuesta a este consentimiento puede volver a divulgarse a otras partes.

Ningún tratamiento médico o pago está condicionado a la firma de este consentimiento.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Cualquier facsímil, copia o fotocopia de este consentimiento autorizará la divulgación de la información médica del estudiante como se limita y describe en este documento.

X \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/madre/tutor legal/ estudiante emancipado)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
(Fecha de la firma)



**Por favor retorne este formulario al enfermero(a) escolar**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO FAYETTE**  
**EN LEXINGTON (LFCHD por sus siglas en inglés)**  
**(LFCHD) SERVICIO DE SALUD ESCOLAR**

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

**Formulario de información de salud del estudiante**  
*Por favor complete un formulario por estudiante*

**Apellido(s):** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**Nº de seguro social del estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Raza:**(marque una o más): \_\_\_\_\_caucásico/blanca \_\_\_\_\_ afroamericano/negra \_\_\_\_\_ nativo americano/ indio americano  
 o nativo de Alaska \_\_\_\_\_asiático \_\_\_\_\_nativo de Hawái u otras islas del Pacífico.

**Etnicidad:** Hispana o Latina \_\_\_\_\_si \_\_\_\_\_no **Sexo:** \_\_\_\_\_Masculino \_\_\_\_\_Femenino

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_

**Padre/madre/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Nº principal** \_\_\_\_\_ **Nº alternativo** \_\_\_\_\_

**Padre/madre/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Nº principal** \_\_\_\_\_ **Nº alternativo** \_\_\_\_\_

**Persona de contacto de emergencia QUE NO SEA EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL** \_\_\_\_\_

**Relación con el estudiante** \_\_\_\_\_ **Nº principal** \_\_\_\_\_ **Nº alternativo** \_\_\_\_\_

**Información de Medicaid del estudiante**

¿Tiene su estudiante una tarjeta de KY Medicaid o K-CHIP? \_\_\_\_\_si \_\_\_\_\_no **Nº de miembro/MCO** \_\_\_\_\_

¿Tiene su estudiante alguna de las siguientes condiciones de salud que amenazan la vida y que pueden requerir tratamiento de EMERGENCIA o medicamentos en la escuela? Por favor marque la(s) casilla(s) apropiadas(s) a continuación:

- DIABETES**                       **ASMA**                       **CONVULSIONES**                       **ALERGIAS DE PELIGRO MORTAL (Epi-Pen)**                       **OTRAS:** \_\_\_\_\_
- (glucagón)                      (inhalador de rescate)                      (medicamento de rescate)

**Historial médico del estudiante**

**Antecedentes médicos significativos:** \_\_\_\_\_

**Otro historial médico relevante:** \_\_\_\_\_

**Alergias a medicamentos:** \_\_\_\_\_ **otras alergias:** \_\_\_\_\_

**Alergias alimentarias:** \_\_\_\_\_ **restricciones alimentarias:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos regulares (a diario)** \_\_\_\_\_

**\*Medicamentos que se darán en la escuela:** \_\_\_\_\_

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

**Proveedor de atención médica primaria del estudiante** \_\_\_\_\_

**Nº de teléfono:** \_\_\_\_\_.

He/hemos completado el historial médico anterior según lo mejor de 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/tutor legal/ estudiante emancipado)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 (Fecha de la firma)