



SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD, por sus siglas en inglés)

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

Formulario de información de salud del estudiante Complete un formulario por estudiante

Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre: N.º del Seguro Social del estudiante Fecha de nacimiento:

Raza (marque todas las opciones que correspondan): Cauásico/Blanco Afroamericano/Negro Nativo americano/Indio nativo de Norte América o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

Origen étnico: hispano o latino Sí No Sexo: Hombre Mujer

Dirección Ciudad Estado Zona postal

Padre/Madre/Tutor legal Número principal Número alternativo Padre/Madre/Tutor legal Número principal Número alternativo

Persona de contacto en caso de emergencia que no sea el padre/madre/tutor legal Relación con el estudiante Número principal Número alternativo

Información de Medicaid del estudiante

¿Tiene el estudiante una tarjeta KY Medicaid o K-CHIP? Sí No N.º de afiliado/MCO

¿Tiene el estudiante alguno de los siguientes problemas de salud potencialmente mortales que puedan requerir tratamiento o medicamentos de EMERGENCIA en la escuela? Marque las casillas correspondientes a continuación.

- DIABETES (glucagón) ASMA (inhalador de rescate) CONVULSIONES (medicamento de rescate) ALERGIA MORTAL (Epi-Pen) OTROS:

Antecedentes médicos del estudiante

Antecedentes médicos de relevancia Sí No Otros antecedentes médicos relevantes Alergias a medicamentos Sí No Otras alergias Sí No Alergias a alimentos Sí No Restricciones alimentarias Sí No El estudiante toma diariamente medicamentos en casa Sí No *El estudiante debe tomar medicamentos en la escuela Sí No

*Se debe completar un formulario de consentimiento adicional antes de traer a la escuela cualquier medicamento (de venta libre o de receta) para su administración. Los formularios están disponibles en la escuela.

Proveedor de atención médica primaria del estudiante Número de teléfono

Yo/nosotros he/hemos completado los antecedentes médicos anteriores según mi/nuestro leal saber y entender y entiendo/entendemos que es mi/nuestra obligación actualizar la información mencionada con cualquier cambio, adición o certificación.

(Firma del padre/madre/tutor legal/estudiante emancipado)

(Fecha de la firma)

ATRÁS



**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE LEXINGTON-FAYETTE (LFCHD)
SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD ESTUDIANTIL**

- 1. Todos los estudiantes recibirán primeros auxilios básicos y atención de emergencia. Con la firma de este formulario, doy mi consentimiento para que los enfermeros o agentes del Departamento de Salud del Condado de Lexington-Fayette (LFCHD, por sus siglas en inglés) le den al estudiante servicios de salud escolar, como, por ejemplo, la aplicación de ungüento contra la comezón, limpiador antiséptico y/o lavajos, mientras esté en la escuela. Si el estudiante requiere ayuda médica de emergencia que no puede ser proporcionada en el lugar por un enfermero de la escuela y yo no puedo ser localizado, doy mi consentimiento al LFCHD para organizar la prestación de atención médica de emergencia para el estudiante, lo que incluye, entre otras cosas, el traslado del estudiante al centro de atención médica más cercano y/o asegurar la atención médica necesaria para el estudiante en ese centro.
- 2. Si el estudiante participa en Kentucky Medicaid o K-CHIP, autorizo al LFCHD a divulgar la información médica del estudiante a Medicaid/K-CHIP para que pueda facturar los servicios prestados por el enfermero de la escuela, sin costo alguno para mí.
- 3. Entiendo que, si firmo este consentimiento, reconozco que recibí o tengo acceso a una copia del Aviso de prácticas de privacidad del LFCHD que se encuentra en www.lfchd.org o que puedo solicitar una copia si llamo a la División de Servicios de Salud Escolar al 859-288-2314.
- 4. Entiendo que el LFCHD no presta ningún servicio de salud o de salud mental relacionado con la sexualidad humana, la anticoncepción o la planificación familiar según se define y aborda en la sección 158.191 de los Estatutos Revisados de Kentucky (KRS, por sus siglas en inglés). En caso de que el LFCHD cambie sus prestaciones para ofrecer tal servicio, no se prestará tal servicio a mi hijo sin notificarme de ello previamente y sin mi consentimiento por escrito para la prestación de ese servicio, a menos y/o excepto que esto deba realizarse en virtud de las leyes federales, estatales o locales.
- 5. Además, entiendo que el LFCHD solo proporciona primeros auxilios básicos y atención de emergencia a los estudiantes, según lo establecido en este Consentimiento para servicios de salud estudiantil. No se realizará ninguna remisión para estos tipos de servicios de salud, a menos que sea necesario por razones médicas o en caso de emergencia.

X _____ / /
(Firma del padre/madre/tutor legal/estudiante emancipado) (Fecha de la firma)

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA DEL ESTUDIANTE

- 1. Por la presente doy mi consentimiento para que el LFCHD divulgue información médica sobre el estudiante a su proveedor de atención médica primaria o a otro proveedor de atención médica según sea necesario a los fines de recibir tratamiento.
- 2. Las leyes de Kentucky exigen que el estudiante reciba ciertas vacunas para poder asistir a las escuelas públicas estatales. En la medida en que yo proporcione, directa o indirectamente a través de un proveedor médico externo, la información sobre vacunas requerida, doy mi consentimiento para que el LFCHD ingrese esa información en el Registro de Vacunas de Kentucky (KYIR, por sus siglas en inglés) en nombre de 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 el LFCHD comparta los mismos expedientes o información con el Gabinete de Salud y Servicios Familiares de Kentucky y sus divisiones, subpartes y/o empleados con el propósito de compilar datos estadísticos, para ayudar a controlar, disminuir y/o afectar de otra manera la propagación de enfermedades infecciosas y/o según lo requiera la ley.
- 3. Entiendo que nada en este Consentimiento y divulgación de la información médica del estudiante pretende impedir, reducir, aumentar o tener cualquier otro efecto sobre cualquier derecho que yo tenga como padre o tutor legal con respecto al acceso a la información médica de mi hijo.
- 4. Este formulario de consentimiento permanecerá en efecto para el estudiante hasta su graduación, salida y/u otra terminación de inscripción de una escuela de las FCPS, a menos que usted revoque este consentimiento por escrito en cualquier momento, con la excepción de que dicha revocación no afectará la información que ya ha sido divulgada en virtud de este consentimiento.
- 5. Toda información divulgada en respuesta a este consentimiento podrá ser nuevamente divulgada a terceros.
- 6. La firma de este consentimiento no condiciona ningún tratamiento médico ni pago alguno.
- 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 del estudiante tal y como se limita y describe en este documento.

X _____ / /
(Firma del padre/madre/tutor legal/estudiante emancipado) (Fecha de la firma)