



**CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE EVANSTON  
TOWNSHIP HIGH SCHOOL**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O ADULTOS PARA LOS SERVICIOS MÉDICOS**  
49330-003 (1/2021)

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O ADULTOS**

Autorizo y consiento la inscripción del menor nombrado abajo, del cual soy el padre o tutor, en el centro de salud de ETHS. Mi consentimiento permitirá al personal profesional del centro de salud proporcionar atención médica integral y servicios de asesoramiento a mi hijo. Entiendo que mi hijo tiene derecho a rechazar cualquier servicio proporcionado en el centro de salud y, con la excepción de aquellos servicios garantizados por la ley de Illinois, tengo derecho a retirar mi consentimiento y rechazar todos los servicios notificando al personal del centro de salud por escrito. Entiendo que bajo la ley de Illinois mi hijo puede consentir ciertos servicios de salud mental y reproductiva, y que estos servicios están disponibles en el centro de salud.

La atención médica integral puede incluir, entre otras cosas, la atención de enfermedades y lesiones agudas y crónicas, exámenes físicos o chequeos, vacunas, educación sobre la salud, pruebas de laboratorio, atención a la salud reproductiva, servicios de trabajo social y asesoramiento psicológico y derivaciones.

Además, entiendo que la confidencialidad entre mi hijo y los proveedores de atención médica se garantizará en áreas de servicio específicas designadas por la ley y que los servicios en estas áreas no se discutirán con el padre o tutor sin el consentimiento del menor.

Entiendo que los resultados de los exámenes físicos escolares y deportivos y las vacunas pueden ser compartidos recíprocamente con Evanston Township High School. Además, autorizo la divulgación de información sobre el tratamiento de mi hijo a pagadores terceros con fines de facturación, gestión del programa y evaluación, de acuerdo con las leyes y reglamentos federales y estatales relativos a la confidencialidad.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_

Año de graduación: 20\_\_ Raza (opcional): \_\_\_\_ Etnicidad (opcional): \_\_\_\_ Identidad de género: \_\_\_\_ Sexo asignado al nacer: \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono del estudiante: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(que no sea el padre o tutor):

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Tipo de seguro: Privado \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Si el estudiante tiene Medicaid, ¿en qué plan de salud está inscrito?: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria del estudiante (Primary Care Provider, PCP) \*: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Cumple con los requisitos para participar en el programa de almuerzos escolares gratuitos o a precio reducido? Sí \_\_ No \_\_ No sé \_\_

**Firma:** **X** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Por favor, rellene la otra cara de este formulario  
DEBE USAR UN BOLÍGRAFO DE TINTA NEGRA**

## AVISO DE INFORMACIÓN DE PRÁCTICAS MÉDICAS

Reconozco que recibí el *Aviso de Información de Prácticas Médicas* de HealthSystem de NorthShore University.

Firma: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o del padre o tutor)

## ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO

Por medio de la presente autorizo a que se paguen al centro de salud de ETHS y a sus proveedores contratados las prestaciones de gastos del centro que de otro modo me corresponderían, pero sin exceder los cargos regulares del centro. Entiendo que soy financieramente responsable ante el centro de salud de ETHS y sus proveedores contratados por los cargos no cubiertos por mi plan de seguro.

Firma: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PERMISO PARA UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO EMITIDO POR LA ESCUELA

Doy permiso al centro de salud de ETHS para que utilice el correo electrónico emitido por la escuela de mi hijo/a según sea necesario, entendiéndolo que el correo electrónico no es un método de comunicación seguro y confidencial.

Correo electrónico del estudiante emitido por ETHS: \_\_\_\_\_

Firma: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, TENGA LA TARJETA DEL SEGURO EN EL MOMENTO DE LA VISITA**

**¡GRACIAS!**