CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MEDICOS ESCOLARES

Orange County Public Schools (Sistema de Escuelas Publicas del Condado de Orange)

445 W. Amelia Street, Orlando FL 32801 407-317-3200

“La Junta Escolar del Condado de Orange es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades”

Servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc.

Consentimiento para Menor de Edad

Lea cuidadosamente y complete la siguiente declaración que autoriza la prestación de servicios de atención médica de Healthcare Providers of Florida, Inc., a su hijo menor. Healthcare Providers of Florida, Inc. es una entidad externa que no pertenece ni es operada por las Escuelas Públicas del Condado de Orange. Una enfermera registrada de práctica avanzada (APRN) de Healthcare Providers of Florida, Inc. tratará a su hijo.

Yo, por la presente, doy mi consentimiento para que **mi hijo/a**, _____ (**nombre y apellido**)
Fecha de nacimiento _____

Puede recibir los siguientes servicios proporcionados por Healthcare Providers of Florida, Inc.:

1. Historial médico completo
2. Examen médico para el ingreso escolar y para la participación en deportes
3. Examen, diagnóstico, pruebas y tratamiento de enfermedades y lesiones leves
4. Exámenes para problemas médicos concretos
5. Tratamiento de enfermedades crónicas
6. Refereidos a especialistas.
7. Consejería de salud y bienestar
8. Administración de medicamentos

Por favor, enumeree cualquier servicio que usted **NO DESEA** que reciba su hijo/a _____

Entiendo que la ley exige la confidencialidad de los registros médicos de mi hijo, como paciente que recibe atención, y esos registros no se divulgarán a ninguna persona o entidad sin permiso previo. Por la presente libero a Healthcare Providers of Florida, Inc. y las Escuelas Públicas del Condado de Orange, junto con sus afiliados, directores, funcionarios, empleados, agentes, sucesores y cesionarios, de toda responsabilidad derivada o relacionada de alguna manera con mi hijo/a que recibe estos servicios. Mi firma a continuación autoriza el tratamiento médico, la recepción del aviso de derechos de privacidad según lo exige HIPAA, y confirma la exactitud de la información médica que se proporciona a continuación.

Información Médica (completado por el padre o tutor legal)

Proveedor médico _____ **Hospital preferido** _____

Seguro: Sí ___ No ___ **Nombre de mi compañía de seguros** _____ **Tipo:** Privado ___ Healthy Kids ___ Medicaid ___

Historial médico: Alergias a alimentos/drogas _____ Medicamentos actuales _____

Problemas médicos crónicos o serios _____ Cirugías _____

Hospitalizaciones _____ Otros _____

Parentor/Tutor legal _____

Teléfono (celular) _____ Teléfono (alterno) _____ Email _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Escuela a la que asiste _____

FIRMA _____ **FECHA** _____