



THE HEALTH & WELLNESS CENTER  
AT CENTENNIAL HIGH SCHOOL

**HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR) en CENTENNIAL HIGH SCHOOL  
AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO 2017-18**

**Instrucciones:** Anote las iniciales de su nombre en todas las afirmaciones, responda la información que se pida, y firme en la parte inferior de este documento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que los servicios médicos en *el Health and Wellness Center at Centennial High School (the "Center")* (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR en CENTENNIAL HIGH SCHOOL) ("el Centro") los proveen las *Rocky Mountain Youth Clinics* (RMYC, por sus siglas en inglés). Doy mi permiso para que el Centro proporcione a mi estudiante algún servicio de atención médica y salud mental, que se menciona a continuación, al estar inscrito(a) en el Centro, cuando el personal de dicho Centro lo aconseje o recomiende:

Cuestionario electrónico médico del estudiante (*Student health electronic questionnaire*) (incluye preguntas de salud física y mental)

Chequeos médicos/físicos para deportes

Pruebas de laboratorio de rutina

Tratamiento de enfermedades y lesiones menores

Manejo de enfermedades crónicas

Remitirle a agencias de la comunidad, para recibir otra atención médica necesaria.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Centro NO ofrece ciertos servicios, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente:

Hospitalización

Atención de emergencia (A excepción de lo que la ley exija.)

Servicios de farmacia

Atención dental restauradora

Puntos de sutura / Enyesar

Tratamiento de problemas médicos o psiquiátricos complejos

Rayos X

Rellenos o extracciones dentales

\_\_\_\_\_ He leído todo lo anterior, entiendo los servicios que *el Health and Wellness Center at Centennial High School* ofrece, y solicito que a mi estudiante se le provean los servicios en mención.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Centro puede servir como doctor/oficina de atención médica primaria para mi estudiante o se puede comunicar con el doctor/la oficina de atención médica primaria que escojo con mi autorización para lanzar información médica.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Centro mantiene archivos médicos electrónicos. Autorizo la descarga electrónica de la información con respecto a que se satisfacen las condiciones para recibir medicación, al igual que el historial de medicaciones.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el personal del Centro intentará notificarme cuando el profesional médico atienda a mi estudiante, siempre y cuando el proveedor lo considere apropiado. Entiendo que, por ley, en algunos casos los estudiantes pueden tener acceso a la atención médica de manera independiente y confidencial.

**CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que esta autorización incluye el permiso para que a mi hijo(a) se le remita (*referral*) para que reciba atención médica y, si es necesario, se pidan los servicios de emergencia (911), transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de la atención médica, hospitales, clínicas o agencias de atención médica, tal como lo considere necesario el personal del Centro. Los gastos relacionados con los servicios de la ambulancia, o cuando se le remita a otro proveedor de atención médica de emergencia, serán mi responsabilidad. Nada en esta autorización se tendrá en consideración para modificar o limitar la responsabilidad y autoridad del Centro, o del Distrito Escolar Poudre, en el manejo de situaciones médicas de emergencia, tal como sea apropiado.

\_\_\_\_\_ Me esforzaré para estar disponible para la comunicación con respecto a las necesidades médicas de mi estudiante. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos en conexión con todas las formas de hacer un tratamiento, y doy mi autorización, sabiendo lo anterior. Entiendo que es mi deber informar al personal del Centro sobre cualquier cambio en la tutela de mi estudiante.

\_\_\_\_\_ Doy mi autorización para que el personal del Centro tenga acceso a los expedientes de mi estudiante relacionados con sus vacunas, así como otros expedientes escolares que puedan ayudar a que el personal asista a mi hijo(a).  
*Este Centro de Salud, que funciona en una escuela, es una labor colaborativa entre "Rocky Mountain Youth Clinics" y el Distrito Escolar Poudre.*

\_\_\_\_\_ Recibí/Leí la información proveniente del Centro, y las RMYC, con respecto al AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (*Notice of Privacy Practices for Protected Health Information*).

\_\_\_\_\_ Entiendo que toda la información contenida en los expedientes médicos de mi estudiante es confidencial, y no se dará a conocer a ninguna persona ni agencia que no tenga autorización, sin un permiso por escrito. Esta práctica está en conformidad con la ley de Colorado.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (*Department of Public Health and Environment*) (CDPHE, por sus siglas en inglés) provee fondos para los servicios de atención médica que yo reciba en este centro de salud, que funciona en una escuela, y puede obtener de manera legal información referente a los servicios provistos a los pacientes. CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican específicamente a ningún paciente de manera individual.

\_\_\_\_\_ Autorizo al Centro para que comparta o dé a conocer toda, o alguna parte, de la información del expediente médico de mi hijo(a) a cualquier entidad pertinente a su atención médica, incluyendo, pero sin limitarse al personal de las RMYC y del Centro, el médico primario del estudiante, y el/la auxiliar de enfermería, la enfermera, el personal de consejería, entrenadores o personal administrativo de la escuela (*insert school name*), a la que asiste el estudiante. ***Si NO quisiera que, a individuos con funciones específicas, se les dé a conocer información de la lista mencionada anteriormente, los excluiré.***

\_\_\_\_\_ Entiendo que el Centro puede compartir, o tener que compartir, la información sobre la atención médica de mi estudiante con ciertas personas o agencias, con el propósito de que se lleve a cabo un tratamiento, funcionamiento de la atención médica, facturación y pagos, o como se requiera por ley, sin tener que pedir mi permiso ni necesitar una autorización firmada.

\_\_\_\_\_ Entiendo que *Colorado Department of Public Health and Environment* (CDPHE) provee los fondos por los servicios médicos que recibo en este centro de salud y bienestar y legalmente se puede recibir la información de los servicios prestado a los estudiantes/pacientes. CDPHE recibe los datos de todos los pacientes y los datos no se identificarán los pacientes.

**CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA.**

