

BAKER DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO
CENTRO DE SALUD ESCOLAR
Datos generales Forma de Consentimiento

Nombre Del Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad / Código postal _____

Reconozco que el estudiante arriba mencionado podrá solicitar voluntariamente los servicios de atención y asesoramiento médicos del Centro de Salud Basado en la Escuela Baker (SBHC) . Como cliente del SBHC , puedo esperar recibir , una atención de calidad digna ; a ser informados de los asuntos concernientes a mi cuidado de la salud ; y tener la seguridad de la confidencialidad. Al firmar en la parte inferior de este formulario , doy mi permiso para que el Centro de Salud Basado en la Escuela (SBHC) situado en Baker High School para brindar servicios de atención y asesoramiento médicos al estudiante arriba mencionado.

Entiendo los siguientes tipos de servicios se ofrecen a través del SBHC :

- Exámenes físicos de rutina , incluyendo exámenes físicos para deportes
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Visión, exámenes de la presión sanguínea y dental
- La salud reproductiva y la educación
- Inmunizaciones
- Las pruebas cutáneas para la tuberculosis
- Educación para la salud , asesoramiento y promoción de bienestar
- La educación en nutrición y control de peso
- Presentaciones en clase
- Clases para dejar de fumar y educación
- Referencia a servicios de atención de salud que no pueden ser proporcionados en el SBHC

Con las siguientes excepciones, yo entiendo que todo mi record de servicios médicos es en confidencia.

- **Orden de la Corte:** Si un juez le presenta una orden por ley que su record medico se lo entregue, el Departamento de Salud de el Condado Baker es obligado seguir ese orden por ley y entregar ser record que pide.
- **Reportando Enfermedades Comunicadoras:** Por ley se requiere que se reporte muchas enfermedades comunicadoras, incluyendo enfermedades transmitidas sexualmente Si los resultados salen positivos, yo reportara a la autoridad estatal de Salud Publico.
- **Reportando La Ofensa de Abuso Físico/Sexual de Niño/a:** Se requiere que los trabajadores del Departamento de Salud reporten un caso de abuso físico/sexual que envuelve un niño de menor edad de 18 años a los servicios sociales o agencias de esfuerzos de la ley. Yo entiendo que yo puedo desear no revelar ser información sensitiva, como la edad de ser compañero sexual, y los servicios no se pueden rechazar.
- **Permiso enviar su Cuenta a la Seguro Medical:** Yo doy permiso dal de alta cualquier información necesaria para poder procesar los clamores de seguro y pedir pago por los beneficios médicos recibido. Yo a entregado la tarjeta de seguro para que el BCHD pueda enviar información y el clamo de servicios médicos que yo a recibido.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de tener cualquiera de mis preguntas contestadas . Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito al SBHC . * También entiendo que esta forma caducará automáticamente cuando el estudiante arriba mencionado ya no inscrito en las Escuelas del Condado Baker.

_____ Cliente o Firma del Padre o Tutor Legal	_____ Fecha	_____ Teléfono De Casa	_____ Teléfono Durante El Día
_____ Firma del testigo	_____ Fecha		
_____ Traductor o Nombre de la persona que da el consentimiento verbal	_____ Fecha / El Tiempo		
_____ Persona que obtiene el consentimiento verba	_____ Fecha / El Tiempo		

CUIDADO EN TODAS PARTES

Departamento de Salud del condado de Baker es parte de un arreglo organizado de cuidado médico incluyendo participantes en el OCHIN, Inc. una lista actualizada de los participantes OCHIN está disponible en <http://www.ochin.org/our-members/ochin-members/>. Como un socio de negocios del departamento de salud del condado de Baker, OCHIN suministra tecnología de la información y servicios relacionados con Panadero Departamento de Salud del Condado y otros participantes OCHIN. OCHIN también participa en las actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina las actividades de revisión clínica, en nombre de las organizaciones participantes para establecer estándares de mejores prácticas y evaluar los beneficios clínicos que pueden derivarse de la utilización de los sistemas de historiales médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes trabajan en colaboración para mejorar la gestión de las referencias internas y externas de los pacientes. Su información médica puede ser compartida por el Departamento de Salud del Condado de Baker con otros participantes OCHIN cuando sea necesario para operaciones de atención de la salud de la disposición de cuidado médico

* La ley del estado de Oregon requiere un consentimiento del padre o tutor legal de proporcionar tratamiento médico a una persona menor de 15 años de edad, excepto para la planificación familiar , los servicios de enfermedades de transmisión sexual y ciertos servicios de salud mental . ORS 109.610 , ORS 109.675 , ORS 109.640

El Departamento de Salud del Condado de Baker esta disponible a todos. Ningún individual es excluido de participación, beneficio, negación de beneficios o sojuzgado a discriminación por razón de raza, color, origen nacional, edad, incapacitación, sexo orientación sexual, religión, cultura o/y situación financiera.