



Centro de Bienestar Ashley
Formulario de Consentimiento para el Padre/Guardián
Año Escolar 2015-16

Por favor firme este formulario y entréguelo a la oficina principal del Colegio Ashley
Atención: Centro de Bienestar o envíelo vía fax al (910) 791-4166

Estimado Padre/Guardián:

Todos los estudiantes que quieran recibir cuidados de salud en el Centro de Bienestar Ashley tienen que tener autorización por escrito de sus padres para poder participar y recibir los servicios necesarios o como pueden ser requeridos por la ley de Carolina del Norte o directrices éticas para la profesión médica. Si usted tiene alguna pregunta, por favor visite nuestro sitio web (www.whatswhat.org) o llámenos al (910) 452-6320.

Yo, _____ (por favor en imprenta), por la presente autorizo a mi hijo (a),

_____ (por favor en imprenta), a participar en las actividades y servicios ofrecidos por el Centro de Bienestar Ashley en colaboración con el Acceso para Salud de Adolescentes en Wilmington (WHAT).

Autorizo **TODOS** los servicios y actividades ofrecidos por el Centro de Salud Ashley. **(Encierre en un círculo uno)**
Sí No

O bien, tengo la opción de **SELECCIONAR** entre las siguientes **(por favor encierre en un círculo abajo Sí o No para seleccionar cualquier servicio de la lista):**

1. Conducir entrevistas, pruebas y cuestionarios para propósitos de evaluación del estudiante o proyecto.	Sí	No
2. Divulgación de información confidencial (financiera, asistencia pública, registros médicos y todos los registros educativos) para el personal profesional calificado del Centro de Bienestar Ashley según sea necesario. Asimismo, desde el Centro de Bienestar Ashley a otros profesionales calificados para fines de asistencia sanitaria, reclamos de seguro /Medicaid , o para acceder servicios necesarios para mi hijo (a).	Sí	No
3. Referencias a otras agencias para servicios específicos (por ejemplo, salud , asistencia pública , asesoramiento , pruebas psicológicas , etc.)	Sí	No
4. Autorización para que mi hijo sea transportado en los viajes a las citas, reuniones y otras actividades.	Sí	No
5. Si mi hijo es actualmente un beneficiario de Medicaid , autorizo para que mi hijo tenga transporte organizado o proporcionado por el Departamento de Servicios Sociales del Condado de New Hanover para citas médicas o servicios relacionados.	Sí	No

6. Participación en servicios específicos en el plan de estudiante/familia individualizado de mi hijo, como el asesoramiento , la enseñanza de la salud y el enriquecimiento cultural.	Sí	No
7. Actividades y servicios relacionados con la Atención de la salud las actividades y servicios que podrían incluir:	Si	No
a. Evaluación física de la salud, incluyendo cuidados agudos, lesiones deportivas, y cuidado preventivo de la salud.	Sí	No
b. Servicios de laboratorio , incluyendo la detección	Sí	No
c. La educación adecuada de la salud, promoción de la salud y la prevención de lesiones	Sí	No
d. Inmunizaciones/Vacunas (Ver # 12)	Sí	No
e. Nutrición y asesoramiento físico	Sí	No
f. Detención y referencias dentales	Sí	No
g. Participación en la gestión de las enfermedades crónicas como asma, diabetes	Sí	No
h. Evaluación de salud mental, consejería y referencias que van desde emergencias para recibir atención de seguimiento incluyendo depresión, y conducta auto- destructiva violenta.	Sí	No
i. Prevención de abuso de sustancias , evaluación , asesoramiento y referencia para tratamiento	Sí	No
j. Crecimiento del Adolescente, información del desarrollo y la reproducción, servicios y asesoramiento	Sí	No
k. Educación , prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual , incluyendo el HVI/Sida y la Hepatitis B	Si	No
l. Servicios de los trabajadores sociales , en cooperación con el personal de la escuela , incluyendo la remisión y el desarrollo de recursos de la comunidad	Sí	No
m. Consulta y referencia para los problemas de rendimiento escolar como ADD/ ADHD , trastornos del aprendizaje y otros problemas que impiden que su hijo de la adaptación efectiva a las demandas de la vida	Sí	No
8. Actividades de publicidad, tales como entrevistas, fotos y videos.	Sí	No
9. Entiendo que hay cargos/ tarifas para las visitas médicas/asesoramiento al Centro de Bienestar Ashley como cualquier visita al consultorio/clínica del médico. También entiendo que algunos de estos servicios pueden no estar completamente cubiertos por el seguro y que soy responsable, dentro de mi capacidad financiera, por cualquier saldo pendiente de pago.	Sí	No
10. Entiendo que el personal del Centro de Salud Ashley estimula a todos los estudiantes a compartir información con sus padres, y que se me notificará de cualquier condición que amenace la vida.	Sí	No

11. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en los servicios de extensión que ya se han rendido. De lo contrario, este consentimiento deberá seguir siendo válido a partir de la fecha de firma hasta la inscripción de mi hijo en el colegio Ashley finalice.	Sí	No
12. Entiendo que voy a proporcionar el Centro de Bienestar Ashley una copia de la cartilla de vacunación de mi hijo. Si no soy capaz de suministrar este registro, el Centro de Bienestar tratará de determinar el estado de vacunación de mi hijo y las siguientes vacunas se administrarán de acuerdo con las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría : Menactra (para meningitis) , vacuna contra la influenza , la hepatitis A y la Serie B . NOTA : TDAP y MMR son necesarios para la matrícula escolar.	Sí	No

Nombre del estudiante (letra de imprenta):

(Primer nombre)

(Inicial del Segundo nombre)

Apellido

Fecha de nacimiento del estudiante (mes/día/año) : _____ #Seguro Social del estudiante: _____ Sexo: ___ M ___ F Edad: _____ Grado: _____

Raza / Etnicidad: _____ Blanco y No-Hispano _____ Negro / Afro Americano
 _____ Nativo de Hawái / Islas del Pacifico _____ Indio Americano / Nativo de Alaska
 _____ Asiático _____ Hispano

¿Su hijo ha tenido varicela o ha sido vacunado? SÍ ___ NO ___

En caso afirmativo, indique la fecha aproximada de la enfermedad o las fechas de vacunación

Guardián/es legal (es) del estudiante: ___ Madre ___ Padre ___ Ambos padres
 ___ Otros (especificar) : _____

Correo Electrónico de los padres: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____

Firma del estudiante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

El Acceso para Adolescentes en Wilmington y sus centros de bienestar escolar no discriminan a ninguna persona en base a sexo, raza, etnicidad, origen nacional, orientación sexual, religión o discapacidad.

Centro de Bienestar Ashley
Formulario del Seguro



Año Escolar 2014-15

Cuidados de Salud proporcionados por El Acceso de Salud para Adolescentes en Wilmington

Los servicios ofrecidos por el Acceso para Adolescentes en Wilmington (Wilmington Health Access for Teens : WHAT por sus siglas en inglés) y el Centro de Bienestar Ashley son similares a los servicios prestados por los pediatras o dentro de las clínicas hospitalarias, e incluyen la atención primaria, salud mental, nutrición y servicios de prevención. Como proveedor de cuidados de la salud, WHAT debe cobrar por estos servicios. Sin embargo, WHAT sirve a todos los estudiantes, independientemente de su capacidad de pago, y hace todo lo posible por mantener precios accesibles para todos.

WHAT acepta todas las formas de seguros, incluyendo Medicaid. WHAT también trabaja con las familias para establecer planes de pago, según sea necesario. Porque WHAT acepta Medicaid, la organización está obligada por ley a facturar todos los gastos a todos los pacientes. Por lo tanto, se podrán recibir las declaraciones de los co-pagos, deducibles del plan de seguros o planes de auto-pago (si no está asegurado).

Si su hijo está asegurado actualmente, es importante proporcionarle a WHAT esta información por adelantado para facilitar el pago de los servicios, según sea necesario, en el transcurso del año escolar.

		___ Si	___ No
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguros?			
___ Medicaid		___ Carolina Access	___ SSI (Invalidez)
___ NC Health Choice		___ United Health Care	___ Corning
___ Blue Cross Blue Shield		___ Health Care Savings	___ MedPoint
___ Otro (por favor indique:			
Nombre de la persona en la tarjeta de seguro:			
#Teléfono de la compañía de seguro:			
#Póliza de seguro:			
#Identificación del seguro:			
Nombre del doctor, si tiene alguno, nombre como aparece en la tarjeta de seguro:			
Si su hijo (a) esta cubierto (a) por Medicaid, por favor proporcione la siguiente información:			
# Medicaid:			
Nombre del doctor que aparece en la tarjeta de Medicaid del niño (a):			
¿Tiene un trabajador social?	___ Sí	___ No	
Si su respuesta es afirmativa, por favor proporcione el nombre del trabajador social:			

Organización:		
# Numero de teléfono:		
Si su hijo (a) NO tiene seguro de salud, ¿Adónde lo/la lleva para recibir atención medica?		
___ Oficina del doctor (por favor proporcione la clínica/nombre del doctor:		
___ Sala de Emergencias	___ Centro Comunitario de Salud	___ Centro de Cuidados de Emergencias
___ WHAT	___ Otro (por favor indique):	

****Por favor, proporcionele a WHAT una copia (frente y dorso) del seguro de su hijo o tarjeta de Medicaid junto con este formulario, o proporcionele a WHAT la tarjeta y se le hará una copia para usted Gracias!***