



**Antecedentes médicos del estudiante**

**Seleccione y describa si su estudiante tiene o ha tenido alguno de los siguientes:**

<b>Medicamentos</b> <input type="checkbox"/> SÍ (indique abajo) <input type="checkbox"/> NO	<b>Alergias</b> <input type="checkbox"/> SÍ (indique abajo) <input type="checkbox"/> NO	<b>Operaciones quirúrgicas (¿cuándo?)</b> <input type="checkbox"/> SÍ (indique abajo) <input type="checkbox"/> NO	<b>Otros problemas médicos o preocupaciones de salud</b> <input type="checkbox"/> SÍ (indique abajo) <input type="checkbox"/> NO
1)	1)	1)	1)
2)	2)	2)	2)
3)	3)	3)	3)

Explique cualquier otra información médica:

**Prácticas de privacidad y Autorización para revelar información**

**Aviso de aceptación de prácticas de privacidad:** he sido notificado que el Aviso de prácticas de privacidad de NCH está disponible cuando lo pida en cualquier edificio escolar del Distrito escolar en donde se den los servicios. También puedo ver en línea el Aviso de prácticas de privacidad en <https://www.nationwidechildrens.org/your-visit/medical-records/privacy-notice>.

**Cesión de beneficios del seguro:** las facturas se envían al seguro o a otros programas de cobertura de salud siempre que sea posible para ayudar a cubrir el costo de la atención. Le cedo a NCH todos los derechos y reclamos de reembolso según cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid o cualquier otro programa que yo identifique, cuyos beneficios podrían estar disponibles para pagar los servicios que se me hayan dado por medio de los Servicios de salud complementarios en la escuela. Para averiguar si usted es elegible para recibir asistencia financiera, llame a Servicios financieros al (614) 722-2070 o visite [NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://NationwideChildrens.org/Financial-Assistance).

**Autorización para revelar información médica:** por este medio autorizo a NCH y al Distrito escolar para compartir/revelar/intercambiar información con los enfermeros de la escuela, consejeros de la escuela, trabajadores sociales de la escuela o administradores de la escuela sobre el estado físico o condición mental mía o de mi hijo que incluye, pero sin limitarse a información relacionada con servicios que se me hayan dado a mí o a mi hijo en la escuela con propósitos de tratamiento, coordinación de la atención o propósitos educativos. Comprendo que esta información se mantendrá confidencial. Asimismo, por este medio autorizo a NCH para compartir/revelar/intercambiar toda esa información con mis médicos, mis médicos que hacen remisiones, o proveedores de atención médica que remiten o hacen remisiones o a cualquier aseguradora u organización que ayude a pagar mi factura. NCH también puede dar información a cualquier organización de asistencia social a donde yo haya presentado solicitud o pueda presentar solicitud de ayuda. Los datos sobre vacunas administradas se escribirán en el sistema de información de vacunación de todo el estado, *Ohio ImpactSIS*. Comprendo que el Distrito escolar está cubierto de acuerdo con los reglamentos federales que rigen la privacidad de los registros educativos y que cualquier información de salud personal revelada según esta autorización puede estar protegida por tales reglamentos. La revelación repetida de información sobre abuso de alcohol y drogas está protegida por los Reglamentos de Confidencialidad Federal (42 CFR Parte 2) sin consentimiento por escrito de la persona a quien corresponda o de otra manera lo permita. Los Reglamentos federales también restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas (52 FR 21809, 9 de junio de 1987; 52 FR 41997, 2 de noviembre de 1987). Mis expedientes y los de mi hijo están protegidos y solo pueden acceder a ellos usuarios autorizados con acceso restringido. Entiendo que esta autorización permanecerá válida durante toda la inscripción de mi hijo en su Distrito escolar durante el año académico actual de 12 meses que inicia el 1 de agosto, a menos que yo revoque esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, al dar al Distrito escolar o a NCH aviso por escrito de mi intención de revocar. Entiendo que no se me exige firmar este formulario de autorización y que NCH no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios en esta autorización firmada. La información de salud usada o revelada como resultado de esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación por la persona o entidad que recibe dicha información. En ese punto, ya no está protegida por los reglamentos de privacidad federal. NCH no será responsable, como tampoco el Distrito escolar de mi hijo, del uso de la información, en su totalidad o parcialmente, por parte de terceros. Esta autorización se da sin promesa de compensación. He recibido una copia de este formulario y comprendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar cualquier información de salud revelada (pueden aplicarse cargos razonables por copiado a cualquier servicio de copiado). Esta autorización incluye el uso o revelación de información relacionada con pruebas del VIH o tratamiento del SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, cualquier abuso de drogas o alcohol, condiciones relacionadas con las drogas, alcoholismo o condiciones psiquiátricas/psicológicas a la entidad antes mencionada.