

Formulario de Consentimiento/ Rechazo y Desglose de Información

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección residencial: _____
Tipo de Medicaid : _____ # de Medicaid; _____
Seguro Médico: _____ # de Póliza: _____
Nombre y fecha de nacimiento de las personas con tarjetas del plan: _____

Favor de poner sus iniciales en cada línea, firme y fecha en la parte inferior:

_____ A. Yo autorizo al “Charleston County School District Early Head Start/Head Start Program “a evaluar el crecimiento de mi hijo/a, tomar su presión arterial, evaluar el habla, examinar su visión, su desarrollo, y su comportamiento. Entiendo que los resultados de las pruebas serán utilizados para asistir en el programa educacional de mi hijo/a. También, esta información, al igual que cualquier otra información médica y nutricional de mi hijo/a, será compartida conmigo. Si usted no autoriza algún examen, favor de marcarlo en la línea adjunta.

_____ a. Yo no autorizo administrar los exámenes proveídos por el programa del CCSD HS/ EHS:
(marque los exámenes que no autoriza.)
_____ Evaluación de crecimiento _____ Presión arterial _____ Audición _____ Visión
_____ Desarrollo _____ Comportamiento _____ Habla

_____ B. Yo autorizo al “Charleston County School District Early Head Start/Head Start Program” a obtener y coordinar una evaluación física de mi hijo/a (sin ropa bajo la supervisión del personal del departamento de salud), examen dental, examen de plomo en la sangre, hemoglobina, examen auditivo, examen de la visión, y/o examen psicológico. Estos serán administrados por un médico licenciado, un dentista licenciado, y un técnico de laboratorio, como requisito bajo los estándares del programa Head Start, si es que los padres no proveen la información actualizada, en un periodo de tiempo estipulado.

_____ a. Yo no autorizo que el programa de CCSD HS/EHS obtenga y coordine los exámenes. Comprendo que al rechazar estos servicios, yo soy responsable de proveer la información requerida por HSPS 1304.20 (a-b):
_____ Examen físico _____ Examen dental _____ Examen de visión
_____ Examen auditivo _____ Pruebas de laboratorio de sangre _____ Evaluación salud mental

_____ C. Yo autorizo al “CCSD HS/EHS” o cualquier proveedor subcontratado, por el departamento, a administrar cualquier examen o prueba de laboratorio como parte de los requisitos de “Head Start Performance Standards”. Autorizo el envío de las facturas de estos exámenes al plan de Medicaid de mi hijo/a o al plan médico privado. Si el seguro médico es denegado, entiendo que yo no recibiré una factura por los servicios proveídos.

_____ D. Yo autorizo al “Charleston County School District Early Head Start/Head Start Program” a recibir y/o compartir información sobre mi hijo/a de cualquier entidad medica, facilidad dental, u otra agencia autorizada, como lo requiere la ley. La información es importante para poder proveer las evaluaciones y servicios necesarios requeridos bajo los estándares de “Head Start”.

_____ E. Yo autorizo que mi hijo/a reciba cualquier tratamiento de emergencia o dental por un médico licenciado, dentista, cualquier profesional de la salud, o alguna persona autorizada bajo el cuidado de” Early Head Start/ Head Start Program”. También autorizo que mi hijo/a sea transportado hacia/de regreso del lugar donde sean ofrecidos los servicios de emergencia.

_____ F. Yo autorizo a “Charleston County School District Early Head Start/Head Start Program” a transportar a mi hijo/a con el propósito de obtener información medica y dental, tratamiento de emergencia, o visita de reevaluación.

Término escolar: _____ Firma padre/tutor: _____ Fecha: _____

Como padre/tutor de un estudiante que regresa a CCSD HS/EHS, yo reconfirmo mis consentimientos firmados en términos anteriores.

Término escolar #2: _____ Firma padre/tutor: _____ Fecha: _____

Termino escolar #3: _____ Firma padre/tutor: _____ Fecha: _____