

Atención, padres/tutores:

La escuela de tu alumno y Valley Professionals Community Health Center, Inc. (VPCHC) se han asociado para operar una clínica de salud escolar en el edificio escolar. El objetivo es ayudar a tu familia proporcionando estos servicios médicos a los estudiantes mientras están en la escuela, asistiendo al médico de tu hijo con sus necesidades sanitarias y proporcionando acceso a una atención sanitaria de alta calidad para quienes no disponen de servicios sanitarios.

Nuestras clínicas cuentan con personal de enfermeros especialistas (NP). Un NP tiene un máster o un título superior, y ha sido formado y autorizado por el estado para diagnosticar y tratar. Nuestra enfermera puede ser el proveedor de atención primaria de su hijo, pero no tenemos intención de sustituir al proveedor actual de su hijo. Estamos aquí para apoyar y complementar el cuidado actual de tu hijo.

De acuerdo con la Ley del Estado de Indiana, todas las familias que deseen que sus estudiantes reciban servicios de salud de las Clínicas Escolares (SBC) de VPCHC deben que el padre o tutor legal del estudiante firme y presente un *formulario de Consentimiento Informado* y complete anualmente un breve historial médico. Esta información proporciona a nuestro personal médico la información más actualizada para su hijo. Cualquier información proporcionada permanecerá confidencial como parte del historial médico de su hijo. El formulario de consentimiento será inválido si alguna parte del formulario no está completamente completa.

Importante:

- Este consentimiento es aceptado en cualquier centro con una Clínica Escolar VPCHC.
- Este consentimiento es válido durante un año.
- Los padres/tutores pueden presentar una solicitud por escrito para retirar el consentimiento y el tratamiento en cualquier momento.
- Los padres/tutores son responsables de notificar al personal de la clínica VPCHC cualquier cambio en el historial médico del estudiante, la tutela y/o la información demográfica del estudiante.
- VPCHC facturará los servicios y cobrará de cualquier seguro de terceros que pueda tener tu hijo. Por este motivo, exigimos que se facilite la información de tu seguro de salud para prestar servicios. Las familias que no puedan pagar pueden optar al Calendario de Tarifas Progresivas de VPCHC y serán asistidas por un Navegador de VPCHC para determinar la elegibilidad y las opciones de ayuda financiera disponibles.
- Este consentimiento da permiso para que un CMA, LPN o RN inicie una cita de telemedicina con un enfermero especialista del VPCHC.

Gracias por su colaboración y por permitirnos el privilegio de participar en las necesidades sanitarias de su hijo.

Aviso de Prácticas de Privacidad Aviso Resumen

Fecha de vigencia: 14 de abril de 2003

Fecha de revisión: 28 de enero de 2026

Este resumen describe cómo VPCHC utiliza y comparte la información de tu hijo y cómo puedes conseguir copias de esta información. El Aviso completo de Prácticas de Privacidad está disponible en valleyprohealth.org, escaneando el código QR al final de la página y en cada una de nuestras clínicas. Podemos utilizar o compartir la información de su hijo para lo siguiente:

- Tratamiento – como conversaciones sobre el cuidado de tu hijo entre el personal médico
- Pago, como facturar al seguro por los servicios prestados a tu hijo
- Operaciones – como trabajar para mejorar la calidad de nuestra atención, publicitar los servicios prestados, etc.
- Otras formas – como la notificación obligatoria de enfermedades a las autoridades sanitarias del condado y del estado, responder a solicitudes judiciales, recordatorios de citas, cartas de resultados de pruebas, etc.

Excepciones:

Pueden aplicarse leyes diferentes a la salud mental, planificación familiar, drogas y alcohol y tratamiento del SIDA/VIH. Cualquier otro motivo para el uso o el intercambio de información sanitaria de su hijo se completará únicamente con su permiso escrito específico o según lo requiera la ley.

En cuanto a la información sanitaria de tu hijo, tienes los siguientes derechos:

- Solicitar restricciones sobre cómo se comparte la información de tu hijo. VPCHC no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero le notificará si no podemos atender su solicitud.
- Consigue e inspecciona una copia del historial médico de tu hijo.
- Pide que se corrija información incorrecta o incompleta en el historial médico de tu hijo.
- Pide que nos pongamos en contacto contigo por correo o teléfono a una dirección alternativa y/o número de teléfono.
- Cambia de opinión si previamente concediste compartir o usar la información de tu hijo por motivos distintos a los mencionados anteriormente.
- Recibe una lista de las veces que compartimos la información de tu hijo. Esta lista solo contendrá los momentos en que la ley nos exige registrar.
- Parte de la información sanitaria de tu hijo puede estar protegida por las leyes federales de confidencialidad para los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD), también conocidos como 42 CFR Parte 2 ("Parte 2"). Estas leyes proporcionan protecciones adicionales de privacidad más allá de las exigidas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Cambios:

Mientras atendemos a nuestros pacientes, podemos cambiar la forma en que gestionamos la información de tu hijo. Puede llamar o escribir en cualquier momento para comprobar si hemos realizado algún cambio.

Quejas:

Si crees que se han vulnerado tus derechos de privacidad, puedes presentar una queja ante el Responsable de Privacidad de VPCHC. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Tu atención no se verá afectada de ninguna manera si decides presentar una queja.

Por favor, dirija preguntas o quejas a:

VPCHC Privacy Officer
777 S. Main Street, Suite 100
Clinton, IN 47842
(765) 828-1003

Los códigos QR enlazan a las versiones completas de la aviso de prácticas de privacidad y la Carta de Derechos del Paciente:



Aviso de Prácticas de



Carta de Derechos del

**Consentimiento informado para los servicios de clínicas de salud escolares
según lo proporcionado por Valley Professionals Community Health Center, Inc.**

Doy permiso para (**nombre completo del estudiante/paciente**) _____ (**Fecha de nacimiento**) _____ recibir servicios de salud de la clínica escolar (SBC) del VPCHC en el colegio de mi hijo. Entiendo que el proveedor de SBC no sustituye al proveedor de atención primaria de mi hijo y puede que no pueda cubrir todas las necesidades sanitarias de mi hijo.

- I. He leído la información proporcionada sobre el SBC y la divulgación de la información, y entiendo qué servicios ofrecerá y qué no ofrecerá la clínica. Mi consentimiento permitirá que mi hijo reciba servicios de salud mientras sea estudiante en cualquier centro con un SBC VPCHC durante el periodo efectivo. Entiendo que si decido cancelar estos servicios, debo presentar la solicitud por escrito. Será mi responsabilidad notificar al personal de la clínica sobre cambios en la tutela, la información de contacto y el historial médico.
- II. Privacidad de la información: Me han informado de que VPCHC ha preparado un AVISO DETALLADO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD respecto a la información personal de salud de mi hijo. Entiendo que los términos del aviso pueden cambiar y que los avisos actuales estarán disponibles en la página web y las instalaciones de VPCHC.
- III. Divulgación de información: Entiendo que los servicios que ofrece la clínica SBC son confidenciales. La clínica utilizará y divulgará la información personal de salud de mi hijo para proporcionar tratamiento y/o mejora de las operaciones sanitarias. La información de mi hijo puede compartirse con el médico/proveedor de mi hijo, el personal escolar correspondiente o con el seguro de seguros de mi hijo para fines legítimos. Autorizo la divulgación de la información médica de mi hijo a otros profesionales que puedan tener a mi hijo como paciente. También autorizo el uso de información del historial médico de mi hijo para fines de atención médica, tratamiento, administración clínica y evaluación. Además, doy mi consentimiento al personal de la clínica para revisar y actualizar el historial médico escolar de mi hijo, incluidas las vacunas.

_____**(Padre/Tutor Iniciales) Reconozco que he tenido acceso a la Comunidad de Profesionales del Valle Aviso de prácticas de privacidad y Carta de Derechos de Health Center, Inc.**

Nota: Una firma electrónica, al igual que una firma presencial, es válida y suficiente para dar el consentimiento.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____

Relación: _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO (SECCIÓN REQUERIDA)

NO es obligatorio que la cobertura de seguro sea atendida en una clínica VPCH; sin embargo, esta sección DEBE completarse.

Tipo de Medicaid: _____ ID de miembro: _____

Seguro privado: _____ ID de miembro: _____

Número de grupo: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Data de nacimiento del titular de la póliza: _____

Sin seguro Por favor, remite a mi familia a un navegador de seguros gratuito para que te ayude con todas las opciones disponibles.

*Como Centro de Salud Cualificado a nivel federal, VPCHC está obligado a intentar recopilar información anual sobre el tamaño del hogar y los ingresos para seguir recibiendo financiación especial para nuestras clínicas escolares. Por favor, apoya nuestros programas proporcionando la siguiente información:

Número de personas que viven en casa: ___ Ingreso total del hogar: _____

Elige no revelar

Sin hogar

NO SE PRESTARÁN SERVICIOS SIN EL CONSENTIMIENTO FIRMADO DE LOS PADRES O TUTORES, YA QUE EXIGIDO POR LA LEY ESTATAL DE INDIANA.

INFORMACIÓN SOBRE ESTUDIANTES/PACIENTES

Apellido legal del paciente: _____ Nombre legal del paciente: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: (mm/dd/yyyy) _____

Dirección postal: _____ City: _____ Código postal: _____

Correo electrónico del padre/tutor: _____ Teléfono de padre/tutor #: () _____

Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otros: _____	Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Se necesita intérprete	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativos americanos <input type="checkbox"/> Otros: _____ <input type="checkbox"/> Elegir no divulgar	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispana ni latina <input type="checkbox"/> Elige no revelar
--	---	---	--

Farmacia de elección y ubicación: _____ Colegio: _____

CONTACTOS DIURNOS Y DE EMERGENCIA

	Nombre	Relación con el estudiante	Teléfono
1.			()
2.			()
3.			()

CONTACTO DE EMERGENCIA si no se puede localizar al padre/tutor:

4. ()

INFORMACIÓN SANITARIA: Por favor, marque Sí o No para TODAS las preguntas

¿Tu hijo ha tenido o ha tenido...	NO	SÍ	Si es así, por favor facilita todos los detalles en la sección siguiente
Alergias			¿Qué tipo? ¿Cuál fue su reacción? ¿Qué tratamiento se necesitaba?
Medicina			
Gastronomía			
Otros			
¿Algún medicamento que tomen a diario o a veces?			Nombre del medicamento:
			1.
			2.
			3.
Cirugía en el pasado			¿Qué cirugía? ¿Cuándo fue la cirugía?
Diabetes			
Alergias ambientales o estacionales			
Dolores de cabeza / Antecedentes de lesiones en la cabeza			
Problemas de audición			
Enfermedades cardíacas / soplos / hipertensión arterial			
Problemas renales o de vejiga			
Dificultades de aprendizaje			
Problemas pulmonares, incluido el asma			
Problemas de salud mental (depresión, TDAH, autismo, etc.)			
Convulsiones			
Enfermedad de células falciformes			
Problemas de piel (eczema, etc.)			
Problemas estomacales, incluido estreñimiento			
Problemas de visión, incluyendo gafas			
Otros:			

Firma del personal de la VPCHC: _____ Fecha: _____