



**GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA**

PATIENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
First Name / Nombre	Middle Name / Segundo Nombre	Last Name / Apellido
Birth Date / Fecha de Nacimiento	Sex / Sexo	Preferred Contact Phone / Teléfono de Contacto Preferido
	<input type="checkbox"/> Female/ Femenino <input type="checkbox"/> Male/ Masculino	
Student ID Number / Número de Identificación del estudiante	Grade Level / Nivel de grado	

Race – please select -- Raza -- seleccione --	
<input type="checkbox"/> Black/African American / Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asian Indian / India asiática
<input type="checkbox"/> White / Blanca	<input type="checkbox"/> Chinese / China
<input type="checkbox"/> American Indian / Indígena americana	<input type="checkbox"/> Other Asian / Otras razas asiáticas
<input type="checkbox"/> Alaskan Native / Nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Samoan / Samoana
<input type="checkbox"/> Filipino / Filipina	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian / Nativa hawaiana
<input type="checkbox"/> Japanese / Japonesa	<input type="checkbox"/> Other Pacific Islander / Otra raza de las islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Korean / Coreana	<input type="checkbox"/> More than one race / Más de una raza
<input type="checkbox"/> Vietnamese / Vietnamita	<input type="checkbox"/> Unknown / Desconocida
<input type="checkbox"/> Decline to Answer / Prefiere no responder	

Ethnicity -- please select -- Origen étnico -- seleccione --
<input type="checkbox"/> Cuban / Cubano
<input type="checkbox"/> Puerto Rican / Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Mexican/Mexican American/Chicano / Mexicano/Mexicoamericano/Chicano
<input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino/Spanish Origin / Otro origen Hispano/Latino/Español
<input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latino/Spanish Origin / No es de origen Hispano/Latino/Español
<input type="checkbox"/> Unknown / Desconocido
<input type="checkbox"/> Decline to Answer / Prefiere no responder



GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA

Name of School -- please select -- / Nombre de la escuela -- seleccione --

<input type="checkbox"/> Air Base K-8 Center for International Education	<input type="checkbox"/> George Washington Carver Elementary School	<input type="checkbox"/> Pinecrest Elementary School	<input type="checkbox"/> South Miami Senior High School
<input type="checkbox"/> Arthur and Polly Mays Conservatory of the Arts	<input type="checkbox"/> George Washington Carver Middle School	<input type="checkbox"/> Ponce De Leon Middle School	<input type="checkbox"/> Southwood Middle School
<input type="checkbox"/> Auburndale Elementary School	<input type="checkbox"/> Gloria Floyd Elementary	<input type="checkbox"/> Redondo Elementary School,	<input type="checkbox"/> Sunset Elementary School
<input type="checkbox"/> Avocado Elementary	<input type="checkbox"/> Goulds Elementary School	<input type="checkbox"/> Richmond Heights Middle School	<input type="checkbox"/> Sunset Park Elementary
<input type="checkbox"/> Campbell Drive K-8 Center	<input type="checkbox"/> Gulfstream Elementary School	<input type="checkbox"/> Riviera Middle School	<input type="checkbox"/> Tropical Elementary School
<input type="checkbox"/> Caribbean K-8 Center	<input type="checkbox"/> Homestead Middle School	<input type="checkbox"/> Robert Russa Moton Elementary School	<input type="checkbox"/> West Homestead K-8 Center
<input type="checkbox"/> Coconut Grove Elementary School	<input type="checkbox"/> Homestead Senior High School	<input type="checkbox"/> Silver Bluff Elementary School	
<input type="checkbox"/> Coral Gables Senior High School	<input type="checkbox"/> Howard Drive Elementary School	<input type="checkbox"/> Somerset Academy South Homestead	
<input type="checkbox"/> Coral Reef Elementary	<input type="checkbox"/> Irving & Beatrice Peskoe K-8 Center	<input type="checkbox"/> Somerset Academy South Homestead Elementary	
<input type="checkbox"/> Coral Reef Senior High School	<input type="checkbox"/> Johnnie M. Parris/ Colonial Drive Elementary	<input type="checkbox"/> Somerset Academy South Homestead High School	
<input type="checkbox"/> Cutler Bay Middle School	<input type="checkbox"/> Key Biscayne K8 Center	<input type="checkbox"/> Somerset Arts Academy	
<input type="checkbox"/> Cutler Bay Senior High School	<input type="checkbox"/> Kinloch Park Elementary School	<input type="checkbox"/> Somerset Oaks Academy	
<input type="checkbox"/> Dr. Henry E. Perrine Academy of the Arts School	<input type="checkbox"/> Leisure City K-8 Center	<input type="checkbox"/> Somerset Preparatory Academy Homestead Elementary	
<input type="checkbox"/> Dr. William A. Chapman Elementary	<input type="checkbox"/> Ludlam Elementary School	<input type="checkbox"/> Somerset Preparatory Academy Homestead Middle	
<input type="checkbox"/> Florida City Elementary School	<input type="checkbox"/> Mandarin Lakes K-8 Academy	<input type="checkbox"/> Somerset Preparatory Academy Homestead High	
<input type="checkbox"/> Frances S. Tucker Elementary School	<input type="checkbox"/> Miami Killian Senior High School	<input type="checkbox"/> South Dade Senior High School	
<input type="checkbox"/> Gateway Environmental K-8 Learning	<input type="checkbox"/> Miami Palmetto Senior High School	<input type="checkbox"/> South Miami Middle School	
<input type="checkbox"/> Gateway Environmental K-8 Learning	<input type="checkbox"/> Miami Southridge Senior High School		



**GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA**

PATIENT ADDRESS / DIRECCIÓN DEL PACIENTE

Address line 1 (Street Address or PO BOX) / Dirección, línea 1 (calle o PO BOX)	Address line 2 (Apt, suite, unit, building, floor, etc.) / Dirección, línea 2 (apartamento, suite, unidad, edificio, piso, etc.)
City / Ciudad	State / Estado
Postal or Zip Code / Código postal	Email / Correo electrónico

Parent/Legal Guardian Information – 1 / Información de los padres/tutores legales – 1

First Name / Nombre	Last Name / Apellido
Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Relationship to Patient -- please select-- Relación con el paciente -- seleccione -- <input type="checkbox"/> Father / Padre <input type="checkbox"/> Mother / Madre <input type="checkbox"/> Legal Guardian, Tutor legal
Phone / Teléfono	Email / Correo electrónico

Parent/Legal Guardian Information – 2 / Información de los padres/tutores legales – 2

First Name / Nombre	Last Name / Apellido
Date of Birth / Fecha de Nacimiento	Relationship to Patient -- please select-- Relación con el paciente -- seleccione -- <input type="checkbox"/> Father / Padre <input type="checkbox"/> Mother / Madre <input type="checkbox"/> Legal Guardian / Tutor legal
Phone / Teléfono	Email / Correo electrónico



**GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA**

Emergency Contact – 1 / Contacto de emergencia – 1	Emergency Contact -2 / Contacto de emergencia -2
First Name / Nombre	First Name / Nombre
Last Name / Apellido	Last Name / Apellido
Relationship to Patient / Relación con el paciente	Relationship to Patient / Relación con el paciente
Phone / Teléfono	Phone / Teléfono
Email / Correo electrónico	Email / Correo electrónico

Special Population Information / Información sobre población especial:

Does a parent work in agriculture (planting, harvesting fruits or vegetables, working at a packing house)? / ¿Alguno de sus padres trabaja en la agricultura (plantando, cosechando frutas o vegetales, trabajando en una planta empacadora)?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
If you answered YES , please provide work status: / Si respondió SÍ , indique su situación laboral:	
<input type="checkbox"/> Migrant / Migrante <input type="checkbox"/> Seasonal / Estacional <input type="checkbox"/> Not working currently / No trabaja actualmente <input type="checkbox"/> Decline to answer / Prefiere no responder	

Family Housing Status / Estado de la vivienda familiar

Are you homeless? / ¿Está usted sin vivienda?	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
If you answered YES , please select housing status / Si respondió SÍ , seleccione el estado de la vivienda:	
<input type="checkbox"/> Street / Calle <input type="checkbox"/> Transitional / Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Unknown / Desconocido <input type="checkbox"/> Permanent supportive housing / Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Shelter / Refugio	

Medical History / Historia médica

List any medical conditions your child has had / Indique cualquier condición médica que haya tenido su hijo:



**GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA**

List any hospitalizations and/or surgeries your child has had / **Indique cualquier hospitalización u operación que haya tenido su hijo:**

List all the medications your child takes / **Indique todos los medicamentos que toma su hijo:**

Primary Care Physician / Médico de atención primaria

First Name / **Nombre:** _____ Last Name / **Apellido:** _____
Phone / **Teléfono:** _____

Health Insurance Information / Información del seguro médico

Is your child covered by any of the following health insurance: (select all that apply) / **¿Está su hijo cubierto por alguno de los siguientes seguros médicos?** (seleccione todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Medicaid / Medicaid
<input type="checkbox"/> Medicaid HMO (e.g.: Sunshine, United Healthcare, Simply, Community Care Plan, Molina, Aetna Better Health, Humana) / HMO de Medicaid
<input type="checkbox"/> CHIP (Children's Health Insurance Plans) / CHIP (Planes de seguro médico para niños)
<input type="checkbox"/> Commercial Plans, Affordable Care Act (Obamacare) / Planes comerciales, Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Obamacare)
<input type="checkbox"/> Medicare / Medicare
<input type="checkbox"/> No health insurance / Sin seguro médico

Do you need assistance in obtaining insurance for your child? / **¿Necesita ayuda para obtener un seguro para su hijo?** Yes / **Sí** No

Financial Assessment / Evaluación Financiera

Annual Household Income Range (select one): / **Rango de ingresos anuales del hogar** (seleccione una opción):

- \$13,591-\$30,000 \$30,001-\$50,000 \$50,001-\$95,000 \$95,001-\$112,000 More than \$112,000 / **Más de \$112,000**

Family Size. How many people live in the household? (Number of people, including students) / **Tamaño de la familia. ¿Cuántas personas viven en el hogar?** (Cantidad de personas, incluyendo estudiantes) _____



**GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA**

Clinical School Health Services / Servicios médicos clínicos en la escuela

PRIMARY CARE and BEHAVIORAL HEALTH / ATENCIÓN PRIMARIA y SALUD CONDUCTUAL

School health services offered include: First aid, preventive health screenings including hypertension, pediculosis/scabies, vision, growth, oral health screening, nursing assessment and counseling, health and wellness education, individualized health care planning, management of chronic health conditions, referral and follow-up, medication administration, emergency services, health insurance and medical home verification, behavioral health screening, psychosocial assessment, counseling, crisis intervention and linkage to additional services. In addition, telehealth services will be offered including primary care and behavioral health services. In-person primary care services by a mid-level clinician will be offered at selected schools. / **Los servicios médicos que se ofrecen en la escuela incluyen:** Primeros auxilios, exámenes médicos preventivos que incluyen hipertensión, pediculosis/sarna, visión, crecimiento, exámenes de salud bucal, evaluación y orientación de enfermería, educación sobre salud y bienestar, planificación individualizada de atención médica, manejo de condiciones médicas crónicas, remisión y seguimiento, administración de medicamentos, servicios de emergencia, verificación de seguro médico y lugar habitual de atención médica, exámenes de salud conductual, evaluación psicosocial, consejería, intervención en crisis y vinculación con servicios adicionales. Además, se prestarán servicios de telesalud, incluyendo servicios de atención primaria y de salud conductual. Se prestarán servicios de atención primaria en persona a cargo de un médico de nivel medio en escuelas seleccionadas.

Please choose one of the options below by placing your initials / Elija una de las opciones de abajo poniendo sus iniciales:

_____ I consent to my child receiving any of the school health services listed above. / **Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cualquiera de los servicios médicos en la escuela indicados arriba.**

_____ I consent to my child receiving any of the school health services listed above, **EXCEPT FOR:** (Please list) / **Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cualquiera de los servicios médicos en la escuela indicados arriba, EXCEPTO:** (Indique) _____

Fluoride Varnish / Barniz de Flúor

Fluoride Varnish will be offered in PreK, K, 1st, 3rd and 6th grades / **Se ofrecerá barniz de flúor en los grados PreK, K, 1.º, 3.º y 6.º:**

Fluoride varnish is a protective coating painted on the teeth to help prevent cavities. It is safe, quick, and painless. The varnish contains fluoride, which helps strengthen tooth enamel and prevent tooth decay. It may leave a temporary yellow film on the teeth. Children should not eat hard or sticky foods and should avoid brushing/flossing until the next day. **Benefits of Fluoride Varnish:** Helps prevent cavities, easy and quick to apply and recommended by pediatricians and dentists. **Possible Risks:**



GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA

Fluoride varnish is very safe. Side effects are rare and may include mild temporary irritation or allergy to ingredients in the varnish. Children with known allergies to rosin/colophony should not receive fluoride varnish. / El **barniz de flúor** es un recubrimiento protector que se pinta sobre los dientes para ayudar a prevenir las caries. Es seguro, rápido e indoloro. El barniz contiene flúor, que ayuda a fortalecer el esmalte dental y prevenir las caries. Puede dejar una capa amarilla temporal en los dientes. Los niños no deben comer cosas duras o pegajosas y deben evitar cepillarse/usar hilo dental hasta el día siguiente. **Beneficios del barniz de flúor:** Ayuda a prevenir las caries, es fácil y rápido de aplicar y lo recomiendan pediatras y dentistas. **Posibles riesgos:** El barniz de flúor es muy seguro. Los efectos secundarios son muy poco frecuentes y pueden incluir irritación temporal leve o alergia a los ingredientes del barniz. Los niños con alergias conocidas a la resina/colofonia no deben recibir barniz de flúor.

Please choose one of the options below by placing your initials: / Elija una de las opciones de abajo poniendo sus iniciales:

_____ I give permission for my child to receive fluoride varnish treatment at school or during the health program listed above. I understand that this does not replace a regular dental check-up, and I am encouraged to take my child to the dentist at least once a year. / **Doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento con barniz de flúor en la escuela o durante el programa médico mencionado arriba.** Entiendo que esto no reemplaza un control dental periódico y se me recomienda llevar a mi hijo al dentista al menos una vez al año.

_____ I do not give permission for my child to receive fluoride varnish treatment at school or during the health program listed above. / **No doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento con barniz de flúor en la escuela o durante el programa médico mencionado arriba.**

Parent/Guardian Signature / **Firma del padre/tutor:** _____

Notice of Privacy / **Aviso de Privacidad**

We respect your privacy; all information collected is strictly confidential and used for health care purpose only. Please view our Privacy Policy on our Website at www.chisouthfl.org/privacy-policy / **Respetamos su privacidad; toda la información recopilada es estrictamente confidencial y se utiliza únicamente con fines de atención médica.** Consulte nuestra Política de Privacidad en nuestro sitio web www.chisouthfl.org/privacy-policy

I acknowledge that CHI's Notice of Privacy Policy was made available to me / Reconozco que el Aviso de Política de Privacidad de CHI se puso a mi disposición.

- Yes / **Sí**
 No



**GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA**

Consent to Receive Protected Health Information / Consentimiento para recibir información médica protegida

I consent to have CHI communicate with me by phone, email, and/or text messaging regarding your child’s Protected Health Information. Transmitting patient information by email/text messaging has risks that patients should consider before granting consent to use email /texts messaging for these purposes. CHI will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/text messaging information sent and received. However, CHI cannot guarantee the security and confidentiality of email/text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information. / **Doy mi consentimiento para que CHI se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto sobre la información médica protegida de mi hijo. La transmisión de información del paciente por correo electrónico/mensajes de texto tiene riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento para usar correos electrónicos/mensajes de texto para estos fines. CHI usará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada y recibida por correo electrónico/mensajes de texto. Sin embargo, CHI no puede garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico/mensajes de texto y no será responsable de la revelación involuntaria de información confidencial.**

Consent to Receive Protected Health Information Acknowledgement. I

acknowledge that I have read and fully understand this consent. (please select) / **Consentimiento para recibir información médica protegida Reconocimiento. Reconozco que leí y entendí completamente este consentimiento. (seleccione)**

- Yes / Sí
- No

General Consent for School Health Services and Treatment / Consentimiento general para servicios médicos y tratamientos en la escuela

I understand that CHI is a teaching facility and may have medical, dental and psychiatric residents as well as medical, dental, nurse practitioner and nursing students participate in my care under the supervision of a physician, dentist, psychiatrist or nurse practitioner. / **Entiendo que CHI es un centro de enseñanza y que puede tener residentes médicos, dentales y psiquiátricos, así como estudiantes de medicina, odontología, enfermería y enfermería de práctica avanzada, que participen en mi atención bajo la supervisión de un médico, dentista, psiquiatra o enfermero practicante.**

I understand that telemedicine/telehealth involves the use of electronic communication to enable health care providers at different locations to share medical information for the purpose of improving patient care. Electronic communication means the use of interactive telecommunications equipment that includes audio and video equipment permitting two-way real-time communication. / **Entiendo que la telemedicina/telesalud implica el uso de la comunicación electrónica para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica para mejorar la atención al paciente. “Comunicación electrónica” significa el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen equipos de audio y video que permiten la comunicación bidireccional en tiempo real.**

I consent to receive text messages regarding my child’s appointments that do not include protected health information. I consent to receiving emails to my personal email address regarding any medical information, which may include immunization records, school related forms, and medical forms that you have requested your provider to complete. / **Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre las citas de mi hijo que no incluyan información médica protegida. Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos a mi dirección de correo electrónico personal con respecto a cualquier**



GENERAL CONSENT FOR CLINICAL SCHOOL HEALTH SERVICES

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS MÉDICOS CLÍNICOS EN LA ESCUELA

información médica, que puede incluir registros de vacunación, formularios relacionados con la escuela y formularios médicos que haya solicitado al proveedor que complete.

I hereby consent to and authorize Community Health of South Florida, Inc. (CHI), its nurses, clinicians and clinical personnel to conduct the health care services listed above, EXCEPT FOR those specific School Health Services that I have listed above that I do not want my child to receive, as appropriate to support the above-named student’s health and learning. / Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Community Health of South Florida, Inc. Por la presente, doy mi consentimiento y autorizo a Community Health of South Florida, Inc.(CHI), a sus enfermeros, médicos y personal clínico a prestar los servicios de atención médica indicados arriba, EXCEPTO aquellos servicios médicos en la escuela específicos que indique arriba que no quiero que mi hijo reciba, según corresponda, para apoyar la salud y el aprendizaje del estudiante mencionado arriba.

I understand that I may change or cancel this consent at any time. / Entiendo que puedo cambiar o cancelar este consentimiento en cualquier momento.

First Name / Nombre	Last Name / Apellido
Relationship to Patient -- please select -- Relación con el paciente -- seleccione --	Signature / Firma
<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Madre	Date / Fecha