



### Atención Padres/Tutores Legales:

La escuela de su hijo(a) y Shalom Health Care Center, Inc. (Shalom), han unido fuerzas para operar una clínica de salud escolar, proporcionando una calidad de acceso a servicios de salud para estudiantes. Nuestro objetivo es poder ayudar a su familia, brindándole servicios médicos a su hijo(a) mientras está en la escuela, ayudar a su médico de cabecera con las necesidades de atención médica de su hijo(a), y brindar acceso médico de alta calidad para aquellos que no cuentan con ningún servicio de atención de salud.

El personal de la clínica consiste de Enfermero(a) Registrado(a) (RN), Enfermero(a) Práctico(a) con Licencia (LPN), o Enfermero(a) Practicante. Un proveedor de práctica avanzada tiene una maestría o un título superior y ha sido capacitado y autorizado por el estado para evaluar, diagnosticar y curar a los pacientes. Nuestros servicios no son diseñados para reemplazar a su médico de cabecera. Nuestra intención es expandir acceso a cuidado médico a través de colaboración con familias y sus proveedores médicos para ofrecer cuidado de salud de calidad en un ambiente escolar.

De acuerdo con la ley del estado de Indiana, los padres o tutores legales de las familias que deseen recibir los servicios de salud de las clínicas escolares de Shalom deben firmar un formulario de consentimiento para tratamiento y completar un breve historial médico para proveer a los(a) enfermeros(a) practicantes con información médica actualizada de su hijo(a).

### Importante:

- Este formulario de consentimiento es aceptado en cualquier escuela con una clínica escolar de Shalom.
- Este formulario de consentimiento es válido por el año escolar 2025-26. (Consentimiento vigente desde el 1 de julio de 2025 hasta el 30 junio de 2026).
- El padre o tutor debe completar una solicitud por escrito para retirar el consentimiento de tratamiento para suspender los servicios en cualquier momento.
- El padre o tutor es responsable de notificar a la clínica de cualquier cambio en el historial médico, tutela e información demográfica del estudiante.
- Este programa es suministrado sin costo alguno para usted o su familia. Esto asegura nuestra capacidad para continuar los servicios clínicos y cuidar de su hijo(a). Shalom facturará y recaudará por medio de Medicaid (Hoosier Healthwise) y otros seguros médicos terceros que pueda tener su hijo. Requerimos que se proporcione información de seguro médico para recibir servicios. Las familias no recibirán una factura por los servicios prestados en nuestra School-Based Clinic (SBC), (Clínica de Salud Escolar).
- Este consentimiento otorga permiso para que un(a) Asistente Médico(a) MA, LPN o RN, a que inicie una cita de telemedicina con un Proveedor de Práctica Avanzada de Shalom.

Gracias por su cooperación y por permitirnos participar en las necesidades de atención médica de su hijo(a).

## Resumen de Prácticas de Privacidad

Este documento describe cómo Shalom Health Care Center, Inc. (Shalom) usa y comparte la información de su hijo(a), y cómo usted puede obtener copias de esta misma información. El aviso completo de Prácticas de Privacidad estará disponible en nuestra página electrónica [www.shalomhealthcenter.org](http://www.shalomhealthcenter.org) así como también en cada una de nuestras clínicas. Podríamos usar y compartir su información para los siguientes propósitos:

- Tratamiento – cuando el personal clínico y los asistentes médicos discutan su cuidado médico.
- Forma de Pago – cuando le cobremos a su compañía de seguro médico por los servicios brindados.
- Operaciones – cuando trabajamos para mejorar la calidad del cuidado de su salud que le estamos brindando; cuando damos información acerca de los diferentes servicios que proveemos; o cuando contactamos pacientes para ciertas actividades de recaudación de fondos.
- Otras formas – cuando, por requerimientos de la ley, enviamos reportes de enfermedades al condado y a los oficiales de salud del estado; cuando compartimos información para la protección y seguridad de la salud de usted y de otros; o cuando respondemos a exigencias de la corte. Nosotros también podríamos enviarle recordatorios de sus citas, cartas con sus resultados e información en general.

Excepciones– Reglas diferentes podrían aplicar al tratamiento de enfermedades mentales, de dependencia de drogas y alcohol, y tratamiento de SIDA/VIH. Usaremos y compartiremos la información de salud de su hijo(a) para otros propósitos, solamente con un permiso específico que usted nos otorgue en forma escrita o cuando sea requerido por la ley.

Acerca de su información, usted tiene derecho a:

- Solicitar restricciones en la forma en que usamos y compartimos la información de su hijo(a). Shalom no está requerido a ceder a las restricciones solicitadas, pero le notificará si no puede satisfacer su solicitud.
- Obtener y revisar una copia del historial médico de su hijo(a).
- Solicitar que le corrijan información incorrecta o incompleta en el historial médico de su hijo(a).
- Solicitar que le contactemos por correo o por teléfono a una dirección o teléfono alterno.
- Cambio de opinión, si anteriormente concedió compartir la información de su hijo(a) por otras razones distintas a las mencionadas anteriormente.
- Recibir una lista de las veces que hemos compartido la información de su hijo(a). Esta lista sólo contendrá las fechas que la ley nos obliga a registrar.

### Cambios:

A medida que servimos a nuestros pacientes, nosotros en Shalom podemos cambiar el manejo de su información. Si nosotros hacemos un cambio, le daremos una nueva notificación la próxima vez que su hijo(a) visite la clínica. Usted puede llamar y/o escribir una carta para revisar si hemos hecho algún cambio.

### Quejas:

Si usted cree que su privacidad ha sido violada, usted puede presentar su queja al Oficial de Privacidad en Shalom Health Care Center, Inc. Usted también puede quejarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). Su cuidado no será afectado si usted hace una queja.

Por favor refiera sus preguntas o quejas a:

**Oficial de Privacidad de Shalom**  
**3400 Lafayette Road, Suite 200**  
**Indianapolis, IN 46222**  
**(317) 291-7422**





# Formulario de Consentimiento para servicios de salud en la Clínica Escolar proporcionados por Shalom Health Care Center, Inc. para el año escolar 2025-2026

Doy permiso a (**Nombre Completo del Paciente**) \_\_\_\_\_ (**Fecha de Nacimiento**) \_\_\_\_\_ para que reciba los servicios de salud ofrecidos, en la clínica escolar de mi hijo(a) durante el año escolar 2025-26. (Consentimiento vigente desde el 1 de julio de 2025 hasta el 30 de junio de 2026.) Comprendo que la clínica no puede encargarse de todas las necesidades de salud que mi hijo(a) pueda tener. Comprendo, que la clínica de la escuela no sustituye el cuidado primario de un Médico.

- I. He leído la información sobre la clínica escolar y entiendo cuáles son los servicios que la clínica ofrece y los que no ofrece. Mi consentimiento permitirá que mi hijo(a) reciba los servicios de salud en cualquier clínica escolar de Shalom Health Care Center, Inc. (Shalom), durante el período de vigencia. Si cambio de parecer, tengo que escribir una carta a la clínica que indique este deseo. Será mi responsabilidad notificar al personal de la clínica si hay algún cambio en la tutela de mi hijo(a), en la dirección o número de teléfono o en su historial médico.
- II. Información de Privacidad: Hemos preparado UN AVISO DETALLADO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD para ayudarle a entender nuestras normas relativas a la información de la salud protegida de su hijo(a). Usted tiene el derecho de leer este aviso antes de firmar. Por favor note que los términos de esta notificación pueden cambiar con el tiempo. Esta misma notificación estará disponible en nuestras facilidades, y en nuestra página electrónica, así como en cada una de nuestras clínicas.
- III. Difusión de Información: Yo entiendo que los servicios proveídos por Shalom son confidenciales. La clínica usará y compartirá la información de la salud de mi hijo(a) para proveer tratamiento, y para mejorar la calidad de los servicios de salud. Existe la posibilidad que cierta información sobre mi hijo(a) tenga que ser compartida con la oficina escolar de salud, con el médico o clínica; el personal apropiado de la escuela o con la organización de seguro médico de mi hijo(a). Para propósitos legítimos, yo autorizo que esta información sea compartida con otros médicos u otros proveedores de salud que puedan tener a mi hijo(a) como paciente. También doy permiso a que usen la información sobre la salud de mi hijo(a) para el cuidado médico, tratamiento, y evaluaciones. Además, doy permiso al personal de la clínica para ver el expediente escolar completo de mi hijo(a), incluyendo el registro de salud y vacunas.

\_\_\_\_\_ (**Iniciales de los Padres/Tutores**) Yo reconozco que he recibido una copia de las prácticas de privacidad de Shalom Health Care Center, Inc. Nota: Una firma electrónica, como una firma en persona, es válida y suficiente para dar consentimiento.

**Firma de los Padres/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre impreso de Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

## \*\*INFORMACION DEL SEGURO MÉDICO (SECCIÓN REQUERIDA)\*\*

No se requiere cobertura de seguro médico para ser atendido en una clínica de Shalom, sin embargo, esta sección DEBE completarse!

Tipo de Medicaid: \_\_\_\_\_ Número de Seguro: \_\_\_\_\_

Seguro Privado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Sin Seguro  Por favor refiera a mi familiar a un navegador de seguros para que le ayude con todas las opciones disponibles.

\*Como Centro Federal de Salud, Shalom tiene requerido recolectar la información de ingresos para poder recibir fondos para nuestras clínicas escolares. Por favor apoye nuestro programa brindando información:

Número de las personas viviendo en su hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso total: \_\_\_\_\_  Elijo no divulgar

**Los servicios no serán proveídos sin el formulario de consentimiento firmado por los padres/tutores ya que es requerido por las leyes del Estado de Indiana.**

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA EL AÑO ESCOLAR 2025-26

<b>Apellido Legal del Paciente:</b> _____ <b>Nombre de Preferencia:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Correo electrónico de Padre/Tutor:</b> _____	<b>Primer Nombre Legal Del Paciente:</b> _____ <b>Fecha de Nacimiento: (mes/día/año)</b> _____ <b>Ciudad:</b> _____ <b>Código postal:</b> _____ <b>Padre/Tutor Legal Tel #:</b> (    ) _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Lenguaje de preferencia:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Necesita interprete	<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Elige no divulgar	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Elige no divulgar
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Hermanos en la escuela:** \_\_\_\_\_ **La escuela del paciente por el año escolar 2025-26:** \_\_\_\_\_

### CONTACTOS DE DIA Y CONTACTO DE EMERGENCIA

	Nombre	Relación	Teléfono
1.	_____	_____	(    ) _____
2.	_____	_____	(    ) _____
3.	_____	_____	(    ) _____
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA SI PADRES O TUTORES NO PUEDEN SER CONTACTADOS</b>			
4.	_____	_____	(    ) _____

### INFORMACION DE SALUD - Por favor marque sí o no para todas las preguntas

Su niño o niña tiene o a tenido	No	Si	Si la respuesta es sí por favor de todos los detalles abajo
<b>Alergias</b>			¿Qué tipo? ¿Cuál fue su reacción? ¿Que tratamiento fue requerido?
Medicina			
Comida			
Otras			
Medicamentos que se toman a diariamente o a veces.			Nombre de los medicamentos: 1. _____ 2. _____ 3. _____
Cirugías pasadas			¿Qué tipo de cirugía y cuando fue?
Diabetes			
Alergias ambientales o estacionales			
Dolores de cabeza / historial de heridas en la cabeza			
Problemas de audición			
Enfermedades del corazón / soplo cardíaco			
Problemas de los riñones o de la vejiga			
Problemas de aprendizaje			
Problemas de los pulmones incluyendo asma			
Problemas de salud mental (Depresión, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD), Autismo)			
Convulsiones			
Anemia Depranocítica			
Problemas de la piel (Eczema,ect.)			
Problemas de estómago incluyendo estreñimiento			
Problemas de la visión incluyendo lentes			
Otras:			

**For office use only:**     ACCT #: \_\_\_\_\_     Roster     Consent Status in Database     Web Enabled     Scanned into eCW