

**¡Es rápido y fácil que su niño/a reciba servicios médicos en el
Hospital de Mount Sináí Centro de Salud Escolar!**

Querido Padre o Encargado:

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a en PS 38/Harlem Prep Middle School tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por el Hospital de Mount Sináí y es parte de la división de Pediatría. El Centro de Salud Escolar tiene profesionales del Hospital de Mount Sináí con licencia consiste de proveedores médicos y de salud mental.

Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el centro de salud escolar y también ver a sus otros médicos. Su firma en esta autorización no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta la cantidad de visitas a su médico privado.

Su hijo/a puede recibir servicios notados aquí en nuestro Centro sin ningún costo a usted y sin importar si tiene o no seguro médico. Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar está permitido facturar a su compañía de seguro, sin embargo, **no hay copagos para usted, y usted no recibirá una cuenta.**

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos completos;
- Medicinas y recetas a su farmacia;
- Exámenes de laboratorio;
- Vacunas;
- Servicios médicos, incluyendo tratamiento para condiciones urgentes o crónicas
- Servicios de la salud reproductiva apropiadas para la edad;
- Educación de la salud;
- Servicios de salud mental;
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas;
- Evaluación y referidos para seguro médico;
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana

Para registrar su hijo/a para que reciban servicios médicos, un padre o un encargado debe **leer y firmar** los siguientes formularios.

- ☺ **Consentimiento de los Padres**
- ☺ **Forma Del Historial Medico**
- ☺ **Autorizaciones y acuerdos**
- ☺ **NOPP**

Por favor devuelva el formulario directamente al Centro de Salud Escolar localizado en salón 156.

El Centro de Salud Escolar se encuentra en la habitación 156 de la escuela de su hijo/a. Las horas son de lunes a viernes entre las 8:00 am –4:00 pm.

Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere. Visítenos en el Centro de Salud Escolar o llámenos al 212-987-9295 para obtener más información.

Sinceramente,

Sharon M Edwards MD
Director, SBHC
Susan Zylbert MD
Medical Director
Mount Sinai Hospital

Carlina Barton-Santos and Andre Geddes
Principal (s)
PS 38 and Harlem Prep Middle School

Mount Sinai Hospital Centro De Salud Escolar
AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Proveedor de servicios de salud y domicilio (HCSP) _____
 Escuelas incluidas) _____

Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTOR
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año Dirección del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____ **Número de seguro social del estudiante: _____ Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ **Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro	Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Si es tutor legal, relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ Contacto Adicional Para Casos de Emergencia Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
¿Tiene su hijo/a Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo/a Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health (HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Wellcare	¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____ Identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llame para ayudarlo a obtener un seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____

Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Hospital de Mount Sinai Centro Escolar de Salud.
AVISO: Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Leí y comprendo la divulgación de información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

POR FAVOR CERCIÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

Proveedor de servicios de salud y Domicilio (HCSP)
Escuelas incluidas)

CAJA 1 SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado del Hospital De Mount Sinai como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

CAJA 2

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Hospital de Mount Sinai Centro de Salud Escolar para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por

Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

Hasta: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

POR FAVOR CERCÍORSE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO



**Mount
Sinai
Hospital**

School Based Health Centers

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

PARA EL USO DE LA CLÍNICA

MRN/GENDER _____

FORMA DEL HISTORIAL MÉDICO (6TH – 12TH GRADE)

HISTORIAL MEDICO

¿En qué hospital nació su niño/a? _____ Peso al nacer _____

¿Fue a casa con Usted su bebé? Sí No

¿Ha sido operado su niño/a? Sí No

¿Ha tenido que permanecer en el hospital durante la noche su niño/a? Sí No

Si es así, ¿para qué condición? _____

¿Qué hospital? _____ Fecha(s) _____

¿Ha tenido su niño/a una lesión seria? Sí No

¿Ha tenido su niño/a cualquiera de las condiciones siguientes?

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> problema sanguine |
| <input type="checkbox"/> viruela | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> eczema | <input type="checkbox"/> condición del corazón |
| <input type="checkbox"/> problema del riñon | <input type="checkbox"/> sarampión | <input type="checkbox"/> pulmonía | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> otro (describa) _____ | | |

¿Tiene alergias su niño/a? (medicamento, comida, otro) Sí No

Si es así, liste a qué es alérgico: _____

¿Ha visto su niño/a el dentista en el pasado año? Sí No

¿Son corriente las inmunizaciones? Sí No

¿Cuándo fue su último examen de tuberculosis (PPD)? _____

¿Cuándo fue su última vacuna del tétano? _____

¿Ha salido su niño/a de los Estados Unidos en los pasados cinco años? Sí No

Si es así, ¿a dónde fue? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Con quién vive su niño/a?

- mama madrastra abuela tía(s) hermana(s) sobrina(s) padres adoptivos
 papá padrastro abuelo tío(s) hermano(s) sobrino(s) primo(s)

Enumere los hermanos/las hermanas con quien no vive: _____

¿Vive Usted en un: apartamento? casa privada? refugio/hotel?

¿Tiene cualquier miembro de la familia (incluyendo los abuelos, los tíos, los primos, y los otros) cualquiera de los condiciones siguientes?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> alergia primaverál/alergia | <input type="checkbox"/> anemia/problema sanguino | <input type="checkbox"/> infarto/derrame cerebral | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> cáncer | <input type="checkbox"/> colesterol alto | <input type="checkbox"/> alta presión |
| <input type="checkbox"/> obesidad | <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> uso de drogas | <input type="checkbox"/> abuso del alcohol |
| <input type="checkbox"/> problema del riñon | <input type="checkbox"/> enfermedades del corazon | <input type="checkbox"/> deficiencias en el aprendizaje | <input type="checkbox"/> problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> tuberculosis | <input type="checkbox"/> otro _____ | |

HISTORIAL DE ESCUELA

- ¿Ha que escuela asiste su niño/a? _____ ¿Grado? _____
- ¿Ha reprobado su niño/a algún ano? Sí No ¿En educación especial? Sí No
- ¿Algún problema con el trabajo de la escuela (atrasado, pobre asistencia)? _____
- ¿Algún problema o preocupaciones del comportamiento? _____
- ¿Qué planes tiene su niño/a para el futuro? _____

SALUD PERSONAL

¿Tiene o ha tenido su niño/a un problema con:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> acné? | <input type="checkbox"/> sanguino? | <input type="checkbox"/> problema para respirar? |
| <input type="checkbox"/> huesos rotos (fracturados)? | <input type="checkbox"/> dolor en el pecho? | <input type="checkbox"/> estreñimiento? |
| <input type="checkbox"/> diarrea? | <input type="checkbox"/> mareos o desmayos? | <input type="checkbox"/> ojos? |
| <input type="checkbox"/> usa lentes? | <input type="checkbox"/> dolores de cabeza frecuente? | <input type="checkbox"/> alta presión? |
| <input type="checkbox"/> corazón? | <input type="checkbox"/> colesterol alto? | <input type="checkbox"/> riñones? |
| <input type="checkbox"/> erupciones o colmenas? | <input type="checkbox"/> piel muy reseca? | <input type="checkbox"/> mucho dolor del estómago? |
| <input type="checkbox"/> articulación hinchados? | <input type="checkbox"/> dientes? | <input type="checkbox"/> infecciones de orines? |
| <input type="checkbox"/> vómito? | <input type="checkbox"/> otro? _____ | |

¿Ha estado su niño/a en alguna dieta especial? Sí No Describa _____

¿Piensas que su niño/a pesa muy poco? justo? demasiado?

¿Pasa su niño/a largos periodos del tiempo sin comer (salta comidas)? Sí No

¿Cuántas veces a la semana su niño/a come lo siguiente?

Comidas fritas Fruta Chucherías Leche Carne Vegetales

¿Ha tenido su niño/a relaciones sexuales? Yes No

Si es así, ¿cuál método de control use su niño/a?

Condones Retirando/sacando Pastillas anticonceptiva Otro _____

¿Le gustaría que su niño/a hable con alguien sobre métodos anticonceptivos? Yes No

¿Alguna vez su niño/a ha tenido una enfermedad sexual transmitida? (gonorrea, clamidia, sífilis, herpes o verrugas genitales) Yes No

¿Alguna vez su niño/a ha tenido descarga del pene o de la vagina? Yes No

¿Usted se preocupa que su niño/a consiga VIH/SIDA? Yes No

¿Usted alguna vez ha pensado examinar a su niño/a por el VIH? Yes No

¿Usted le gustaría que su niño/a reciba información sobre el VIH y el sexo seguro? Yes No

NIÑA SOLAMENTE:

¿Su niña ha tenido su primer período? Sí No ¿A qué edad? _____

¿Viene alrededor de una vez al mes? Yes No Fecha del último periodo: _____

¿Le da dolor (retorsiones) con el periodo? Yes No

¿Ha sido su niña embarazada, ha tenido una perdida, o aborto? Yes No

Por favor circule cualquiera de lo siguiente que su niño/a ha tratado:

Please check off any of the following that your child has tried:

- alcohol (cerveza, vino, licor) cigarillos cocaína (coca)
- heroína (smack) marihuana (chaquetón de la mala hierba) mezcalina, LSD, MDMA (extasis)
- píldoras otro

¿Piensa que usted o su niño/a tienen un problema del abuso de la sustancia? Sí No

¿Se siente su niño/a siempre deprimido/a (muy abajo)? Sí No

¿Qué le hace sentir mejor? _____

¿Ha pensado su niño/a alguna vez de lastimarse o de matarse? Sí No

Si es así, ¿lo han tratado alguna vez? Sí No

¿Ha tenido su niño/a asesoramiento con un trabajador social o terapeuta? Sí No

¿Tiene su niño/a algún problema en la casa? Sí No

¿Le ha pegado alguien a su niño/a muy duro o les ha golpeado siempre? Sí No

¿Ha tocado alguien el cuerpo de su niño/a de una manera que los hizo sentir incómodos o sin su consentimiento? Sí No

¿Hay un arma de fuego en su hogar? Sí No

¿Ha asaltado, atacado o lastimado alguien a su niño/a? Sí No

¿Su niño/a ha presenciado alguna violencia? Sí No

¿Cuántas horas al día su niño/a ve la TV? Los días laborales _____ Los fines de semana _____

Signature of Parent or Guardian

Date



Mount Sinai Hospital *School Based Health Centers*

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DEL NACIMIENTO _____ / _____ / _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE _____

MRN/GENDER _____

AUTORIZACIONES Y ACUERDOS

Los centros de salud escolar del Mount Sinai Hospital les proporcionan servicios a todos los estudiantes que consienten en recibir servicios en **ningún costo** al estudiante ni a su familia. Para que el programa continúe, pasamos la factura a Medicaid y/o otras compañías de seguro para recibir pagos. Usted puede recibir un aviso llamado una Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía de seguro. La EOB tiene información sobre los servicios que han sido facturados y los pagos que han sido aprobados. Usted **no recibirá una factura del Hospital Mount Sinai** para ningún costo no cubierto por el seguro médico. Usted **no tiene que pagar** por los servicios proporcionados en los centros de salud escolar del Hospital Mount Sinai. Firmar este formulario **no cambia** su cobertura de seguro médico.

1. EL ACUERDO FINANCIERO / LA GARANTÍA DE PAGO

Autorizo el pago de los beneficios médicos directamente al Hospital Mount Sinai para cubrir el costo del cuidado y el tratamiento que el paciente mencionado abajo ("mi hijo/a") recibe de los centros de salud escolar del Hospital Mount Sinai.

2. LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Si mi compañía de seguro niega el pago al Hospital Mount Sinai por los servicios prestados a mi hijo/a, doy mi consentimiento que un representante autorizado del Hospital contacta a mi compañía de seguro. Entiendo que este representante autorizado compartirá toda la información y la documentación sobre los servicios prestados a mi hijo/a por los centros de salud escolar para que mi compañía de seguro evalúe de nuevo su decisión de negar pago para estos servicios.

Autorizo que los centros de salud escolar del Hospital Mount Sinai, el médico o enfermera especialista de mi hijo/a, y los representantes autorizados utilicen y revelen información de salud de mi hijo/a para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Entiendo que la información de salud revelada puede incluir historial psiquiatría y/o información relacionada al VIH (indicando que mi hijo/a ha tenido un examen para VIH, tiene la infección de VIH o una enfermedad relacionada al VIH/SIDA o potencialmente ha sido expuesto al VIH). Entiendo que la información de salud puede ser revelada a las compañías de seguro para el pago de los centros de salud escolar y los gastos profesionales.

3. EL MEDICAID Y/O OTRA ASEGURADORA – LA DIVULGACIÓN DE INFORMACION Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información de seguro sobre mi hijo/a que proporcionó es cierta y precisa. Autorizo a quien posea información médica sobre mi hijo/a a revelar a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services) y a sus agentes o a cualquiera compañía de seguro la información necesaria para este o otro reclamo relacionado. Solicito el pago de beneficios autorizados al Hospital Mount Sinai por servicios proporcionados a mi hijo/a por los proveedores de los centros de salud escolar.

4. LA INFORMACIÓN DE SEGURO

Entiendo que el Hospital Mount Sinai utilizará diversos medios para determinar si mi niño/a tiene seguro médico, por ejemplo, comunicando con otros proveedores que han examinado a mi hijo/a, usando el sistema electrónico de verificación de elegibilidad de Medicaid o comunicando con otros que tiene información sobre mi hijo/a. Entiendo que estas otras fuentes de información será utilizada para confirmar cualquier información sobre el seguro médico que entregué en el formulario de consentimiento médico.

HE LEÍDO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR

FIRMA DEL PADRE O TUTOR (o estudiante de 18 años de edad o de cualquier otra manera permitida por la ley)

FECHA

RELACIÓN AL PACIENTE



**Mount
Sinai
Hospital**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NOPP)**

Al firmar abajo, reconozco que me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y por lo tanto se me ha explicado como la información acerca de mi salud puede ser utilizada y revelada por los hospitales y las instalaciones nombradas al principio de este aviso, y como yo puedo obtener acceso y controlar esta información.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante personal

Nombre en imprenta del paciente o representante personal

Fecha

Detalles de la autoridad del representante personal

I was not able to obtain the patient's acknowledgement of receipt of the NOPP upon registration because:

- The patient refused to sign despite good faith efforts*
 The patient was unaccompanied and not alert and oriented
 The patient was unaccompanied and needed emergency care
 Other (explain): _____

Employee Signature: _____ Employee Title: _____

Print Name: _____ Date: _____

- Acknowledgement subsequently obtained, (see above).