

Consentimiento para Hazel Health

Nuestra escuela se asocia con Hazel Health para brindar acceso a servicios de atención médica de calidad para todos los estudiantes. El representante de salud de la escuela puede iniciar una visita por video con un proveedor de Hazel Health mientras su hijo está en la escuela. Para garantizar que su hijo tenga acceso a este servicio, complete AMBAS páginas de este formulario.

HISD



Para obtener más información sobre Hazel o completar este formulario en línea, visite:
my.hazel.co/houstonisd



Mes / Día / Año

Primer Nombre del Hijo/a

Apellido del Hijo/a

Fecha de Nacimiento

()

Padre / Tutor Legal #1 Nombre

Relación con el Estudiante

Teléfono Celular

Correo Electrónico

()

Padre / Tutor #2 Nombre

Relación con el Estudiante

Teléfono Celular

Correo Electrónico

Información necesaria sobre el seguro

Hazel Health se asoció con su escuela para cubrir el costo de los servicios, de modo que su familia **no tenga que pagar nada**.

¿Por qué se necesita un seguro si la visita de Hazel no tiene costo? Hazel Health factura al seguro médico por los servicios para asegurar que el costo de la visita esté cubierto por su plan médico y que no haya costos de bolsillo para la familia. Teniendo información del seguro también ayuda a Hazel a coordinar mejor la atención de su hijo, como referencias y recetas. Una vez finalizada la visita, es posible que reciba una explicación de los beneficios (EOB) por correo. Si recibe una EOB, NO es una factura, es simplemente un registro que indica que se realizó una visita y se envió a su seguro. No se necesita ninguna acción. La información de su seguro siempre se mantiene confidencial y se almacena de forma segura. Al proveer su información del seguro usted está capacitando a Hazel para continuar con su misión, asegurando que cada niño sea visto, escuchado y atendido.

¿Qué sucede si mi hijo no tiene seguro? Cualquier estudiante, sin importar el estado del seguro, puede usar Hazel Health. Hazel revisará y confirmará el estado del seguro del estudiante cuando se programe o realice una visita.

Para más información sobre el seguro, consulte nuestras preguntas frecuentes en www.hazel.co/faq.

Por favor proporcione la información del seguro de su hijo:

Proveedor de Seguro / Nombre del Plan

Número de Identificación del Miembro

Número de Grupo (si corresponde)

Primer Nombre del titular de la póliza

Apellido del titular de la póliza

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza

Relación con el Estudiante

☐ Al marcar esta caja, declaro que mi hijo no tiene cobertura de seguro médico en este momento.

He leído la Autorización y póliza de privacidad de Hazel Health Services y: (por favor marque una casilla de abajo)

☐ **DOY** permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de un proveedor de Hazel Health.

☐ **NO DOY** permiso para que mi hijo/a reciba servicios de salud de un proveedor de Hazel Health.

Firma del Padre / Tutor Legal / Representante Legal (Requerida)

Fecha

CONTINÚE EN LA PÁGINA 2 PARA INGRESAR LAS ALERGIAS CONOCIDAS Y OTRA INFORMACIÓN DE SALUD
Este consentimiento sigue siendo válido al menos que sea revocado por el padre / tutor legal / representante legal.

Mes / Día / Año

Primer Nombre del Hijo/a

Apellido del Hijo/a

Fecha de Nacimiento

¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento?

☐ Sí ☐ NO Alergias a medicamentos Por favor, liste:

☐ Sí ☐ NO Alergias alimentarias Por favor, liste:

☐ Sí ☐ NO Alergias estacionales/ambientales Por favor, liste:

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento actualmente?

☐ Sí ☐ NO Por favor, liste:

Si lo recomienda un proveedor médico certificado de Hazel, se podrían administrar los siguientes medicamentos (edad/peso apropiado) a su hijo/a en la escuela?

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Tylenol™ / Acetaminofeno (dolor, fiebre)	☐	☐	Jarabe para la tos (tos)
☐	☐	Advil™ / Motrin™ / Ibuprofen (dolor, fiebre)	☐	☐	Sudafed™ / Fenilefrina (congestión)
☐	☐	Pepto™ para niños / Carbonato de Calcio (dolor de estómago)	☐	☐	Crema de Hidrocortisona (inflamación, picazón)
☐	☐	Líquido Pepto-Bismol™ / Subsalicilato de Bismuto (náuseas, indigestión, dolor de estómago)	☐	☐	Benadryl™ / Diphenhydramine (reacción alérgica)
☐	☐	Antiácido Líquido / Hidróxido de aluminio / Hidróxido de magnesio, Simeticona (dolor de estómago)	☐	☐	Zyrtec™ / Cetirizine (alergias, reacción alérgica)
☐	☐	Pastilla para la garganta / Benzocaína / Mentol (tos, dolor de garganta)	☐	☐	Zaditor™ / Ketotifeno (gotas para alergias en los ojos)
			☐	☐	Ungüento antibiótico / Bacitracin / Neomicina / Polimixina B (heridas, infecciones)

¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una (o más) de las siguientes afecciones de salud o problemas de salud?

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Reflujo ácido (Acidez estomacal)	☐	☐	Trastorno genético
☐	☐	ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención)	☐	☐	Presión arterial alta
☐	☐	Ansiedad	☐	☐	Enfermedad renal
☐	☐	Asma	☐	☐	Migrañas
☐	☐	Defecto cardíaco congénito	☐	☐	Trastorno convulsivo
☐	☐	Estreñimiento	☐	☐	Enfermedad de células falciformes
☐	☐	Depresión	☐	☐	Cirugía: Apéndice
☐	☐	Retraso en el desarrollo	☐	☐	Cirugía: Tubos para los oídos
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Cirugía: Amígdalas
☐	☐	Eczema	☐	☐	Otro (Por favor describa):

¿Tiene su hijo/a un médico de atención primaria?

Hazel utiliza esta información para coordinar con su médico e informarles de cualquier visita de Hazel. Si proporciona el número de fax, Hazel podrá enviar un resumen de la visita al médico de su hijo/a.

☐ YES ☐ NO

Child's Doctor

Phone

Fax