

MESH (Salud Móvil en la Escuela)
Departamento de Salud del Condado de Wilkes
306 College Street, Wilkesboro, NC 28697
(336) 957-7043

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MESH
CENTRO DE SALUD DEL CONDADO DE WILKES- ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WILKES

Una copia del "Aviso de las Prácticas de Privacidad" para El Departamento de Salud del Condado de Wilkes/Servicios de MESH se encuentra en la página del Departamento de Salud: www.wilkeshealth.com y en la Unidad de MESH.

Yo concedo permiso a mi hijo(a) o a mí mismo, para ser inscrito en el programa de MESH y doy consentimiento para recibir servicios relacionados con la salud, los cuales pueden incluir exámenes, inmunizaciones, exámenes de salud, prueba de diagnóstico limitado (ejemplo. culturas de la garganta, análisis de sangre, COVID -19), educación, consejería, citas hechas con otros médicos y administración o prescripción de medicamentos necesarios.

Entiendo que el archivo médico es propiedad del departamento de salud y la información en el será confidencial en acuerdo con la ley del estado. Yo doy permiso al departamento de salud de cobrar a la compañía de mi seguro médico escrita en esta forma. Entiendo que cualquier servicio facturado por agencias externas (por ejemplo, LabCorp) será mi responsabilidad.

Doy mi permiso para que el Departamento de Salud del Condado de Wilkes use y comparta información de Salud/médica para propósitos de tratamiento, pagos y asuntos administrativos.

Entiendo que mi información de salud puede ser compartida con las enfermeras de las escuelas públicas del condado de Wilkes. Una copia de la visita a MESH puede ser enviada al proveedor de servicios médicos en el archivo con la unidad MESH.

Yo entiendo que bajo la ley del Estado de Carolina del Norte un menor de edad (menor de 18 años) podrá recibir tratamiento y/o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo, abuso de drogas y salud mental. NO SE DARA NINGUN METODO ANTINCONCEPTIVO NI REFERENCIAS PARA ABORTOS (Servicios permitidos bajo G.S.90.215 (a) solamente)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección de la Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa () _____ Raza _____ Sexo _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____ Seguro Social _____

¿Quién es el doctor del estudiante? _____ ¿Quién es el Dentista del estudiante? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Madre: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre de Trabajo y Teléfono: _____

Padre: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nombre de trabajo y Teléfono _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICO

¿Tiene seguro médico? Sí _____ No _____ Ingreso mensual de su hogar _____

Nombre de la compañía de su seguro médico _____ Número de póliza _____

Nombre de la persona con el seguro médico _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social _____ Sexo _____ Raza _____ Número del grupo _____

INFORMACIÓN DE MÉDICAID

Medicaid: Sí _____ No _____ Nombre en el Medicaid: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo nombre _____

Número de identificación _____ Fecha de certificación _____