

Robert F. Kennedy (RFK) School Based Health Center
4300 Blake Rd. SW Albuquerque, NM 87121
Ph# 505-243-1118 ext. 61234 Confidential Appointment Text Call 505-908-6468

2020-2021

The following is a short list of services and hours when the School Based Health Center is available throughout the school year. We have several clinicians including: a Medical Doctor (MD), Licensed Independent Social Worker, and Clinic Coordinator on staff who can assist your child with their medical and behavioral health needs while supporting their academic success. We have included a packet of consent forms that would allow your student to utilize the services at our clinic at any time throughout the school year.

Clinic Primary Care Hours:

Monday 9:00am - 3:00pm – Carletta Bullock, MD

Tuesday 9:00am - 3:00pm – Carletta Bullock, MD (Birth Control and Sexually Transmitted infection screenings)

* Medical Services Provided for

- Well-Child Exams (Yearly)
- Immunizations
- Flu and colds
- Sprains, cuts, and burns
- Diabetes, Diet and Nutrition, Weight Management
- Asthma
- Health Education and Literacy
- Sports Physicals
- Confidential Services (*Family Planning; Pregnancy Testing; Pap Smear, STI testing and treatment; Mental health Screening, counseling and treatment; Substance Abuse counseling and treatment*)

Clinic Mental Health Hours (Licensed Independent Social Worker):

Monday 8:00am-4:00pm – Malissa Cox, LISW

Tuesday 8:00am-4:00pm – Malissa Cox, LISW

Wednesday 8:00am-4:00pm – Malissa Cox, LISW

Friday 8:00am-4:00pm – Malissa Cox, LISW

*Mental Health Services for

- Mental Health Screening, Counseling and Treatment
- Substance abuse counseling and treatment
- Group/family therapy
- Individual Therapy

For all questions regarding Scheduling appointments, billing, medical records release, clinic registration/consent, and patient concerns contact the Clinic Coordinator Monday-Friday 8:00-3:30 at 505-243-1118 ext. 61234.

Directions: Blake Rd and Coors Blvd. Go West on Blake Road from Coors Robert F. Kennedy Charter School is on the left hand side you will see large grey black yellow building turn on the road by fence and check in at the school's main office located inside the black/grey/yellow building. After check in at the main office cross the parking lot through chain link gates head to the basketball courts and clinic is on right side portable 206.

2020-2021

Robert F. Kennedy (RFK) School Based Health Center

4300 Blake Rd. SW Albuquerque, NM 87121

Ph# 505-243-1118 ext. 61234 Confidential Appointment Text Call 505-908-6468

La siguiente es una breve lista de servicios y horas cuando en la escuela centro de salud durante todo el año escolar. Tenemos varios médicos incluyendo: un Doctor médico (MD), Trabajador Social autónomo con licencia y Coordinador de la clínica en el personal que puede ayudar a su hijo con sus necesidades médicas y conductuales de salud manteniendo su éxito académico. Hemos incluido un paquete de formularios de consentimiento que su estudiante a utilizar los servicios en nuestra clínica en cualquier momento durante el año escolar.

Horas Clínica de Atención Primaria:

Lunes 09:00 am - 3:00 pm – **Carletta Bullock, MD**

Martes 09 a.m.-3:00p.m. – **Carletta Bullock, MD (Control de natalidad y pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual)**

* Servicios médicos previstos

- Exámenes del niño sano (anual)
- La gripe y los resfriados
- Esguinces, cortes y quemaduras
- Diabetes
- Vacunas
- Asma
- Dieta y Nutrición, Control de Peso
- Educación para la Salud y Alfabetización
- Exámenes médicos de Deportes
- Servicios Confidenciales (planificación familiar, pruebas de embarazo, prueba de Papanicolaou, pruebas y tratamiento de ITS; la salud mental de detección, asesoramiento y tratamiento; asesoramiento y tratamiento por abuso de sustancias)

Clínica Horas de Salud Mental (Licenciado Trabajador Social Independiente):

Lunes 8:00 am-4:00pm - **Malissa Cox, LISW**

Martes 8:00am-4:00pm – **Malissa Cox, LISW**

Miércoles 8:00am-4:00pm – **Malissa Cox, LISW**

Viernes 8:00am-4:00pm – **Malissa Cox, LISW**

* Servicios de Salud Mental para

- Evaluación de Salud Mental, Asesoramiento y Tratamiento
- Asesoramiento y tratamiento de abuso de sustancias
- Grupo / terapia familiar
- Terapia Individual

Para todas las preguntas relacionadas con programación de citas, facturación, la liberación de registros médicos, registro de la clínica/consentimiento, y las preocupaciones de los pacientes en contacto con el Coordinador de la Clínica de lunes a viernes de 8:00-3:30 en el 505-243-1118 ext. 61234. Llamada confidencial de texto Llame al 505-908-6468

Instrucciones: Blake Rd y Coors Blvd. Ir hacia el oeste por Blake Camino de la escuela Coors Robert F. Kennedy está en el lado izquierdo verá grande gris negro amarillo a su vez la construcción de la carretera por la valla y registrarse en la oficina principal de la escuela se encuentra dentro del edificio negro/gris/amarillo. Después de registrarnos en la oficina principal de cruzar el estacionamiento a través de la cadena de enlace puertas ir a las canchas de baloncesto y la clínica es en el lado derecho portatil 206.

Owens Administrative & Healthcare Support Services RFK Charter School School-Based Health Center 2020-2021
Annual Patient Registration for SBHC Services

STUDENT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Patient Name (Last, first, middle) Nombre del paciente (último, primero, medio)		Date of Birth/ Fecha de nacimiento	Social Security Number/ Número de seguro social Student ID Number/ Número de estudiante	Grade/ Grado
	Patient Address (Street, city, state, and zip) Dirección del paciente (calle, ciudad, estado y código postal)		Patient Phone - home/ Teléfono del hogar del paciente		
			Patient Phone - Cell/ Teléfono celular del paciente		
	Parent(s)/ Legal Guardian(s) Name(s)/ Nombre(s) de padre(s) o tutor(es)		Patient Sex/ Sexo del paciente ☐ Male/ Masculino ☐ Female/ Femenino		
			Patient Race /Raza del paciente ☐ Black/ Negra ☐ White/ Blanca ☐ Hispanic/ Hispano 1 Native American/ Alaska Native Nativo Americano/ Nativo de Alaska ☐ Other/ Otra		
	Parent(s)/ Legal Guardian (s) Address (street, city, state, and zip) Dirección de padre(s) o tutor(es) (calle, ciudad, estado y código postal)		Home Phone/ Teléfono del hogar		
			Work Phone/ Teléfono del trabajo		
			Cell Phone/ Teléfono celular		
	Emergency Contact Person Name and Relationship to Patient/ Nombre de la persona para contacto en caso de emergencia y relación con el paciente		Emergency Phone - Home / Teléfono de contacto de emergencia - Hogar		
			Emergency Phone - Cell/ Teléfono de contacto de emergencia - Celular		
PRIMARY CARE INFORMATION/ INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA	Primary Care Provider/ Médico de cabecera o médico primario		Primary Care Provider Phone Number/ Teléfono del médico de cabecera		
	Primary Care Provider Address/ Dirección del médico de cabecera				
	Comprehensive Well Exam (physical, EPSDT, well child visit, annual check-up) in last 12 months? ___ yes ___ no ___ Not sure ¿Buen examen completo (visita niños física, EPSDT, chequeo anual) en los últimos 12 meses? ___ Sí ___ no ___ No estoy seguro		**Annual comprehensive well exams are recommended by the American Academy of Pediatrics to ensure health concerns are identified and treated long before they become chronic. If you have a primary care provider, but have not had a well exam in the last 12 months please schedule one with your primary care provider.***La Academia Americana de Pediatría recomienda exámenes anuales de bien completa para problemas de salud son identificados y tratados antes de que se convierten en crónicas. Si usted tiene un médico de atención primaria, pero no ha tenido un examen bien en los últimos 12 meses por favor programar con su proveedor de atención primaria.**		
	If you do not have a primary care provider, the SBHC is able to provide a well exam for you (your child). Would you like your child to have a well exam in the SBHC this school year? Yes No Si no tienes un médico de atención primaria, el SBHC es capaz de proporcionar un examen bien para usted (su hijo). ¿Le gustaría a su hijo a tener un examen bien en el SBHC este año escolar? ___ Sí ___ No				
HEALTH HISTORY/ HISTORIAL CLÍNICO	List any allergies/ Lista de alergias	List any chronic health conditions/Lista de las condiciones crónicas de salud	List hospitalizations or surgeries: When/Where Lista de hospitalizaciones o cirugías: Cuándo y dónde	List current medications/ dosages/ Lista de medicamentos actuales / dosis	
INSURANCE INFORMATION/ INFORMACIÓN	List any family health conditions which may be inherited (i.e. high blood pressure, heart disease, diabetes):/ Lista de las condiciones de salud de la familia que pueden ser heredada (es decir, alta presión arterial, enfermedad cardíaca, diabetes):				
	Name of Health Insurance (if no insurance coverage, please enter N/A) Nombre del seguro de salud (si no tiene, escriba N/A)		Medicaid Coverage/ Cobertura de Medicaid		
			Blue Cross/Blue Shield Centennial Care (CC) United CC Molina CC Presbyterian CC Fee-For-Service		
	Policy Number/ Número de la póliza		Medicaid Number/ Número de Medicaid		
	Name of Policy Holder/ Nombre del titular de la política de		Relación con el paciente		

Owens Administrative & Healthcare Support Services
Robert F. Kennedy Charter School School-Based Health Center
SBHC Consent for Services

I give permission for my child, _____, to receive SBHC services while he/she is enrolled in this school and for SBHC staff to access my child's class schedule (for appointment purposes only). I understand that SBHC services are confidential, except in a life-threatening situation or when emergency services are needed and in accordance with the law. I give permission to the SBHC to exchange pertinent information to appropriate persons, including school nurses and counselors, for the purpose of providing healthcare, diagnosis, treatment and counseling services, as well as for maintaining quality and safety. I understand that SBHC health records are confidential and will not be shared unless written consent is provided by the student and/or parent/guardian. I have received a copy of the HIPAA Notice of Privacy Practices. I understand that New Mexico law does not require parental consent for treatment or advice about sexually transmitted diseases, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age and behavioral health counseling services to minors age 14 years or older. **Unless I choose to withdraw my consent in writing, this authorization will continue until my child turns 18 years of age and can otherwise consent for themself.**

Yo doy permiso para mi hijo recibir servicios SBHC mientras que él o ella está inscrito en esta escuela y SBHC personal para poder acceder a mi hijo de clase horario (para cita únicamente). Entiendo que los servicios SBHC son confidenciales, excepto en una situación peligrosa para la vida o cuando se necesitan los servicios de emergencia y de acuerdo con la ley. Autorizo al SBHC intercambiar información pertinente a las personas apropiadas, incluyendo las enfermeras escolares y asesores, con el fin de proporcionar atención médica, diagnóstico, tratamiento y consejería, así como para mantener la calidad y seguridad. Entiendo que los registros de salud SBHC son confidenciales y no serán compartidos a menos que el consentimiento es proporcionado por el alumno y/o padre o tutor por escrito. He recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de HIPAA. Tengo entendido que nuevo México la ley no requiere consentimiento de los padres para el tratamiento o asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo o anticoncepción a menores de edad menores de 18 años de edad y salud mental Consejería a la edad de los menores de 14 años o más. **A menos que decido retirar mi consentimiento en la escritura, esta autorización continuará durante todo el período de tiempo que mi hijo está matriculado en esta escuela.**

Student Name/ Nombre del paciente DOB/ Paciente DOB Student Id#/ Estudiante
identificación#

Signature of Parent or Guardian/ Firma del padre o tutor

Date/ Fecha

Signature of Student, if 18 years or older/ Date/ Fecha
Firma del estudiante, si 18 años o mayores

Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

Robert F. Kennedy Charter SBHC is required by law to maintain the privacy of certain confidential health care information, known as Protected Health Information or PHI, and to provide you with a notice of our legal duties and privacy practices with respect to your PHI. Robert F. Kennedy Charter SBHC is also required to abide by the terms of the version of this Notice currently in effect.

Uses and Disclosures of PHI: Robert F. Kennedy Charter SBHC may use PHI for the purposes of treatment, payment, and health care operations, in most cases without your written permission. Examples of our use of your PHI:

For treatment. This includes such things as obtaining verbal and written information about your medical condition and treatment from you as well as from others, such as doctors and nurses who give orders to allow us to provide treatment to you. We may give your PHI to other health care providers involved in your treatment, and may transfer your PHI via radio or telephone to the hospital or dispatch center.

For payment. This includes any activities we must undertake in order to get reimbursed for the services we provide to you, including such things as submitting bills to insurance companies, making medical necessity determinations and collecting outstanding accounts.

For health care operations. This includes quality assurance activities, licensing, and training programs to ensure that our personnel meet our standards of care and follow established policies and procedures, as well as certain other management functions.

Use and Disclosure of PHI without Your Authorization. Robert F. Kennedy Charter SBHC is permitted to use PHI without your written authorization, or opportunity to object, in certain situations, and unless prohibited by a more stringent state law, including:

- For the treatment, payment or health care operations activities of another health care provider who treats you;
- For health care and legal compliance activities;
- To a public health authority in certain situations as required by law (such as to report abuse, neglect or domestic violence);
- For health oversight activities including audits or government investigations, inspections, disciplinary proceedings, and other administrative or judicial actions undertaken by the government (or their contractors) by law to oversee the health care system;
- For judicial and administrative proceedings as required by a court or administrative order, or in some cases in response to a subpoena or other legal process;
- For law enforcement activities in limited situations, such as when responding to a warrant;
- To avert a serious threat to the health and safety of a person or the public at large;
- To coroners, medical examiners, and funeral directors for identifying a deceased person, determining cause of death, or carrying on their duties as authorized by law;
- If you are an organ donor, we may release health information to organizations that handle organ procurement or organ, eye or tissue transplantation or to an organ donation bank, as necessary to facilitate organ donation and transplantation;
- We may also use or disclose health information about you in a way that does not personally identify you or reveal who you are.

Any other use or disclosure of PHI, other than those listed above will only be made with your written authorization. You may revoke your authorization at any time, in writing, except to the extent that we have already used or disclosed medical information in reliance on that authorization. Patient Rights: As a patient, you have a number of rights with respect to your PHI, including:

The right to access, copy or inspect your PHI. This means you may inspect and copy most of the medical information about you that we maintain.

We will normally provide you with access to this information within 30 days of your request. We may also charge you a reasonable fee for you to copy any medical information that you have the right to access. In limited circumstances, we may deny you access to your medical information, and you may appeal certain types of denials. We have available forms to request access to your PHI and we will provide a written response if we deny you access and let you know your appeal rights. You also have the right to receive confidential communications of your PHI. If you wish to inspect and copy your medical information, you should contact our privacy officer.

The right to amend your PHI. You have the right to ask us to amend written medical information that we may have about you. We will generally amend your information within 60 days of your request and will notify you when we have amended the information. We are permitted by law to deny your request to amend your medical information only in certain circumstances, like when we believe the information you have asked us to amend is correct. If you wish to request that we amend the medical information that we have about you, you should contact our privacy officer.

The right to request that we restrict the uses and disclosures of your PHI. You have the right to request that we restrict how we use and disclose your medical information that we have about you. Robert F. Kennedy Charter SBHC is not required to agree to any restrictions you request, but any restrictions agreed to by Robert F. Kennedy Charter SBHC in writing are binding on Robert F. Kennedy Charter SBHC.

If you allow us, we will forward you this Notice by electronic mail instead of on paper and you may always request a paper copy of the Notice.

Your Legal Rights and Complaints: You also have the right to complain to us, or to the

Secretary of the United States Department of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated. You will not be retaliated against in any way for filing a complaint with us or to the government. Should you have any questions, comments or complaints you may direct all inquiries to our privacy officer.

Privacy Officer Contact Information: Name: Sabrina Owens

Organization: Owens Administrative & Healthcare Support Services RFK Charter SBHC

Address: 4300 Blake Rd SW Albuquerque NM 87121

Phone: 505-243-1118 x61234

Email: owens.a.h.s.services@gmail.com

ESTA PRACTICA DESCRIBE COMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED Y LE INFORMA COMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE.

Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC tiene el mandato por ley de mantener la privacidad de cierta información de cuidados de salud de forma confidencial, que también se llama Información Protegida de Salud, o IPS, y de brindarle a usted el aviso de nuestros deberes legales y de las prácticas de privacidad con respecto a su IPS. Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC también tiene que obedecer los términos de la versión de este Aviso que están actualmente en efecto.

El uso y las revelaciones de su IPS: Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC puede usar su IPS con el propósito de darle tratamiento, para pagos y para operaciones de cuidados de salud, en la mayoría de los casos sin su permiso por escrito. A continuación le damos ejemplos de nuestro uso de su IPS:

Para tratamiento: Esto incluye cosas como obtener el permiso verbal y la información por escrita acerca de su enfermedad y el tratamiento de parte suya, así como también de parte de los que se lo han dado, tales como doctores y enfermeras que dieron la orden para que nosotros le diéramos tratamiento. Podemos darles su IPS a otros proveedores de cuidados de salud que estén involucrados en su tratamiento, y podemos transferir su IPS vía la radio o el teléfono al hospital o a un centro de despacho.

Para pagos: Esto incluye cualquier actividad que debemos hacer para que podamos ser reembolsados por los servicios que le proporcionamos a usted, incluyendo tales cosas como someter las cuentas a las compañías de seguro, para tomar decisiones con respecto a la necesidad médica y en hacer que se paguen las cuentas atrasadas.

Para operaciones que se refieren al cuidado de salud. Esto incluye las actividades para asegurar la calidad, la licencia y los programas de entrenamiento para asegurar que nuestro personal cumpla nuestros requisitos de cuidado y sigue las políticas y procedimientos ya establecidos, así como otras funciones administrativas.

El uso y la revelación de su IPS sin su autorización: Owens Administrativa & Healthcare Suporta Servicios RFK Charter SBHC se le permite usar su IPS sin su autorización escrita, sin oportunidad de que usted proteste, en ciertas situaciones, y a menos de que este prohibido por una ley más estricta, incluyen:

- Para su tratamiento, pago de las cuentas, así como otras actividades de operaciones referentes a su cuidado de salud de parte de otro proveedor de cuidados que le de tratamiento a usted.
- Para actividades de cuidados de salud y obediencia legal.
- Para compartirla con ciertas autoridades de salud en ciertas situaciones como lo requiere la ley (tales como para reportar abuso, descuido o violencia doméstica).
- Para actividades de supervisión de salud, incluyendo auditorías e investigaciones gubernamentales, inspecciones, procedimientos disciplinarios, y otras acciones administrativas o judiciales que el gobierno tome (o sus contratistas) por ley, para supervisar el sistema de cuidados de salud.
- Para procesos judiciales y administrativos como lo requiera una Corte o una entidad Administrativa, o en algunos casos en respuesta a un citatorio judicial u otro proceso legal.
- Para actividades de la ley y el orden en situaciones limitadas, tales como al responder a un mandato judicial.
- Para evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de una persona o al público en general.
- Para los médicos forenses, médicos que investigan las muertes súbitas y directores funerarios para la identificación de una persona fallecida, para determinar la causa de muerte, y para que ejerzan sus deberes como lo autoriza la ley.
- Si usted es un donador de órganos, nosotros podemos revelar su información de salud a las organizaciones que manejan la obtención de órganos u órgano, el ojo o los tejidos para que se trasplante o para el banco de donaciones de órganos, como es necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos.
- También podemos usar o revelar su información de salud de una manera que no lo identifique personalmente o revele quien es usted.
- Cualquier otro uso o revelación de su IPS, otra que aquellas que enlistamos arriba, solamente si se ha hecho con su autorización por escrito. Usted puede revocar su autorización en cualquier tiempo, por escrito, con excepción de la información médica que nosotros hayamos usado o revelado respaldados por esa autorización.

Derechos del Paciente: Como paciente, usted tiene un número de derechos con respecto a su ISP, incluyendo:

El derecho de tener acceso, copiar o inspeccionar su ISP. Esto quiere decir que usted puede inspeccionar y copiar la mayoría de la información médica sobre usted que nosotros mantenemos. Le brindaremos normalmente su acceso a esta información dentro de 30 días después de que usted nos lo pida. También podemos cobrarle una cuota razonable por copiar cualquier información médica a la que usted tenga el derecho de tener acceso. En circunstancias limitadas, nosotros podemos negarle el acceso a su información médica, y usted puede apelar ciertos tipos de denegaciones. También tenemos disponibles los formularios para pedir acceso a su ISP y le proporcionaremos una respuesta por escrito si le denegamos su acceso, y le dejaremos saber sus derechos de apelación. Usted también tiene el derecho de recibir comunicaciones confidenciales de su ISP. Si usted quiere inspeccionar y copiar su información médica, usted debe ponerse en contacto con su oficial de privacidad.

El derecho de corregir su ISP. Usted tiene el derecho de pedir que corrijamos la información médica escrita que pudieramos tener acerca de usted. Nosotros generalmente cambiaremos su información dentro de los 60 días de su solicitud y le notificaremos cuando hayamos corregido la información. La ley nos permite denegar su solicitud únicamente en ciertas circunstancias, como cuando nosotros creemos que la información que nos ha pedido corregir es correcta. Si usted desea pedir que corrijamos la que tenemos acerca de usted, usted debe hablar con su oficial de privacidad.

El derecho de pedir que restrinjamos los usos y revelaciones de su ISP. Usted tiene el derecho de pedir que nosotros restrinjamos cómo nosotros usamos y revelamos la información médica de usted que nosotros tenemos. Owens Administrativa & Healthcare Suporta Services RFK Charter SBHC no tiene que estar de acuerdo con cualquier restricción que usted pida, pero cualesquier restricciones con las que SBHC este de acuerdo por escrito, obligan a Owens Administrativa & Healthcare Suporta Services RFK Charter SBHC a seguirlas.

Si usted nos lo permite, nosotros le enviaremos este aviso por correo electrónico en lugar de dárselo en papel y usted siempre puede pedirlos una copia en papel de este Aviso.

Sus derechos legales y sus quejas: Usted tiene también el derecho de quejarse con nosotros, o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados. Usted no recibirá ninguna represalia en contra suya en ninguna manera al enviar una queja a nosotros o al gobierno. Si usted tuviera cualesquier preguntas, comentarios o quejas, usted puede dirigir todas sus preguntas a su oficial de privacidad.

Información para ponerse en contacto con el oficial de privacidad:

Nombre: Sabrina Owens

Organización: Owens Administrativa & Healthcare Suporta Services

Dirección: 4300 Blake Rd SW ABQ NM 87121

Teléfono: 505-243-1118 X 61234

Email: owens.a.h.s.services@gmail.com

Over the Counter Medication Consent
Consentimiento Sobre Medicamentos de Venta Libre

Student/Estudiante: _____

DOB/Fecha De Nacimiento: _____

Allergies/Alergias : _____

I attest that I am the legal guardian/parent of the above named individual. I hereby consent to this individual receiving the following medications as needed. I acknowledge and consent that these medications will be administered for their intended use and in doses appropriate to the individual's age and size.

Doy fe de que soy el tutor legal/padre del nombre arriba mencionado. Por la presente doy mi consentimiento para que esta persona reciba los siguientes medicamentos según se necesario. Reconozco y acepto que estos medicamentos serán administrados para su uso previsto y en dosis apropiadas para la edad y el tamaño de la persona.

<u>MEDICATION/MEDICAMENTOS</u>	<u>Yes/Si</u>	<u>No</u>	<u>Allergic/Alérgico</u>
Ibuprofen/Ibuprofeno	[]	[]	[]
Acetaminophen (Tylenol) Paracetamol	[]	[]	[]
Throat Lozenges/Cough Drops Pastillas para la garganta pastillas para la Tos	[]	[]	[]
Antacid TUMS(Calcium Carbonate) or Generic Equivalent/ (Carbonate de Calcio) o Tums para niños o su Equivalente Gené	[]	[]	[]
Benadry. (diphenhydramine)/(Difenhidramina)	[]	[]	[]
Triple Antibiotic/Ungüento Antibiótico Triple	[]	[]	[]
Hydrocortisone (Anti-itch)/Hidrocortisona	[]	[]	[]

Signature of Legal Guardian/Parent
Firma Del Tutor Legal/Padre-Madre

Date/ Fecha

HEALTH AUTHORIZATION FORM

PURPOSE: To enable parents/guardians to AUTHORIZE emergency treatment for a child who becomes ill or injured while under school authority, when parent's cannot be reached. Upon completion, this form must be returned to the school. The original form and any copies thereof may be used to identify the medical options of the undersigned parent/guardian. **PLEASE COMPLETE ALL THREE SECTIONS!**

Last Name:		First Name:		Middle Initial:	Gender: ☐ M ☐ F	DOB:
NAME OF SCHOOL ATTENDED LAST SCHOOL YEAR:						
SECTION ONE - STUDENT EMERGENCY CONTACT INFORMATION						
In the event your child becomes sick or injured and needs to be sent home or to the ER, the school health office will always attempt to reach the Parent/Guardian listed below FIRST. Secondary contacts will be called if the parent/guardian cannot be reached. PLEASE KEEP THESE NUMBERS CURRENT!						
Parent/Guardian Name:		Address:		Phone #1		
				Phone #2		
Check all that apply: ☐ Lives With ☐ Legal Guardian				Phone #3		
Parent/Guardian Name:		Address:		Phone #1		
				Phone #2		
Check all that apply: ☐ Lives With ☐ Legal Guardian				Phone #3		
Emergency Contact List		Relationship	Phone #1	Phone #2	Phone #3	
1.						
2.						
3.						
4.						
Siblings in Other Schools						
Name		School/Daycare		Grade	DOB	
1.						
2.						
3.						

SECTION TWO - STUDENT HEALTH HISTORY – Please check appropriate box

☐ My child has no health conditions including those listed below

☐ Allergies: ☐ Seasonal ☐ Food (List):		☐ Other Allergy (List):		☐ Has EpiPen prescription
☐ ADD/ADHD		☐ Congenital/Genetic		☐ Pulmonary (Other than Asthma)
☐ Asthma		☐ Eye/Vision		☐ Cardiovascular (List)
Needs Inhaler at School: Y N		Wears glasses/contacts: Y N		High Blood Pressure: Y N
☐ Cancer		☐ Dermatologic/Skin		☐ Musculoskeletal
Long Term Medications (List):		☐ Eating Disorder		☐ Dental/Oral
		☐ Endocrine Other than Diabetes		☐ Psychiatric (List Meds):
☐ Any Other Health Conditions:		☐ Hematology/Bleeding Disorders		
		☐ Migraines		

SECTION THREE - INSURANCE INFORMATION

Student's Insurance:	Subscribers Name:	ID#
TO GRANT CONSENT		
In case of an emergency involving my child AND I CANNOT BE REACHED, I understand emergency medical services will be contacted and my child may be transported to the following provider/hospital for emergency medical care:		
Healthcare Provider:	Phone:	
Dentist:	Phone:	
Hospital:	Phone:	

If, for any reason, NEITHER I NOR THE ABOVE LISTED MEDICAL CARE PROVIDERS OR HOSPITAL CANNOT BE REACHED, I understand that appropriate transport and medical care of my child will be arranged to ANY appropriate medical care provider, hospital or medical facility. This authorization does not cover major surgery unless one other doctor/dentist concurs to the need. Nothing in this section shall be construed to impose liability on any school official or school employee, who in good faith, attempts to comply with this section. It is understood that I will be financially responsible for all emergency care. I authorize the school health office staff to contact my child's providers listed above regarding medical management of my child. I understand information on this card will be shared with appropriate personnel on an as-needed basis only. I, also, understand health screenings (including vision, hearing, height, weight, blood pressure, and BMI) may be done by school health personnel unless I provide the school health office with written notification requesting exclusion from these screenings.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____