

SAN DIEGO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH INFORMATION EXCHANGE CONSENT

This form to be placed in all registration & annual registration update packets

Child's Name: _____ Birthdate: _____
Last First Middle Month/Day/Year

School: _____ Grade: _____ Social Security #: _____

Phone No.: () _____ () _____ () _____
Area Code Home Area Code Work Area Code Cell

Physician's Name/Clinic: _____ Telephone #: _____ No Physician

Health Insurance Plan: _____ No Health Plan
 (If Medi-Cal, Covered CA, or another health plan, please write name of health plan)

My children **do not have health insurance** (example: Medi-Cal, Covered CA, private insurance) and I would like more information. Please release my name, address, and telephone number to an authorized insurance enrollment worker.

HEALTH HISTORY: Indicate known Health Problems (give dates and details for all checked boxes in comment box below)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Skin Conditions |
| <input type="checkbox"/> Behavior/Emotional Problems i.e. ADHD | <input type="checkbox"/> Ear Problem, Hearing Deficit |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Eye Problem, Glasses |
| <input type="checkbox"/> Heart Problem | <input type="checkbox"/> Operations, Fractures, Head Injury, Concussion |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Other Health Information |

Health History comments:

State law requires that the parent inform the school if a child is receiving prescribed medication for a continuing health problem. (California Education Code § 49480)

Medication: _____ Dosage: _____

There are occasions when an over-the-counter (OTC) medication may be given.
 If you would like the school nurse or other trained staff to provide to your child ibuprofen, acetaminophen, calamine lotion and/or antacids per district protocol please check: Yes No

SDUSD participates in a program that allows the District to be reimbursed with federal dollars for selected health services provided to students at school who are eligible for Medi-Cal. This program generates funds that support some staff and some equipment needed to provide services. In signing, you are indicating that we have your consent to seek reimbursement from the State for Medi-Cal benefits on behalf of your child, if your child is eligible for this program or becomes eligible. There is no cost or penalty to you if you consent to this, nor if you do not consent to it. It simply gives the District the ability to access additional governmental reimbursement.
I give consent for SDUSD to release information (e.g. Student ID number, Last/First Name, Date of Birth, Sex, Student Address, Health Procedures/Screenings done at school, Health Education) about my child's participation in health assessments for the sole purpose of Medi-Cal billing. Yes No

 Parent/Guardian Signature or Authorized Representative or Minor Student Parent/Guardian Name (print) Date

This authorization expires at the end of each academic year and must be renewed annually.

PLEASE RETURN TOMORROW

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN DIEGO
CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Año escolar _____

Esta forma debe constar en todos los paquetes de inscripción y de actualización anual de inscripción

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido Primer nombre segundo nombre Mes/Día/Año

Escuela: _____ Grado: _____ # de Seguro Social: _____

Teléfono: () _____ - () _____ () _____
Código Hogar Código Trabajo Código Celular

Nombre del médico/Clínica: _____ Teléfono: _____ No tiene médico

Plan de seguro para la salud: _____ No tiene plan de salud
(Si tiene Medi-Cal, Covered CA, y otro plan de salud, por favor escriba el nombre del plan de salud)

Mis hijos **no tienen un seguro médico** (ejemplo: Medi-Cal, Covered CA, seguro privado) y yo quisiera más información. Por favor libere mi nombre, domicilio, y número de teléfono a un trabajador autorizado de inscripción a seguro médico.

HISTORIAL DE SALUD: Indique problemas de salud que sabe que tiene (proporcione fechas y detalles para todos los recuadros marcados en la sección de comentarios abajo)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento/emocionales i.e. ADHD | <input type="checkbox"/> Problemas de oídos, déficit de audición |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas de la visión, lentes |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Operaciones, fracturas, lesión en la cabeza, conmoción cerebral |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Otra información de salud |

Comentarios de historial de salud:

La ley estatal requiere que los padres informen a la escuela si el estudiante está recibiendo medicamentos con receta para un programa crónico de salud. (Código de Educación de California § 49480)

Medicamento: _____ Dosis: _____

Hay ocasiones en las que se puede administrar medicamentos de venta libre (OTC).

Si usted desea que la enfermera de la escuela u otro personal calificado proporcione a su hijo/a ibuprofeno, acetaminofén, loción de calamina y/o antiácidos siguiendo el protocolo del distrito, por favor marque Sí No

SDUSD participa en un programa que permite que al Distrito se le reembolse dinero federal por servicios selectos de salud proporcionados a los estudiantes en la escuela que son elegibles para Medi-Cal. Este programa genera fondos que apoyan a algún personal y equipo necesario para proporcionar los servicios. Al firmar, usted indica que tenemos su consentimiento para buscar el reembolso del Estado para beneficios de Medi-Cal a nombre de su hijo/a, si su hijo/a es elegible para este programa o si se vuelve elegible. No hay costo o sanción para usted si consiente a esto, ni si no consiente a esto. Simplemente le da al Distrito la habilidad de acceder a reembolso gubernamental adicional.

Doy mi consentimiento a SDUSD para liberar información (e.g. Número de identificación del estudiante, apellido y nombre, fecha de nacimiento, sexo, domicilio del estudiante, procedimientos/exámenes de salud hechos en la escuela, educación de la salud) sobre la participación de mi hijo/a en evaluaciones de salud con el sólo propósito de facturación a Medi-Cal. Sí No

Firma de padre/madre/tutor o representante autorizado del estudiante menor de edad

Nombre de padre/madre/tutor (letra de molde)

Fecha

Esta autorización expira al final de cada año académico y debe renovarse anualmente.

POR FAVOR DEVUELVA MAÑANA