

Formulario de información sobre la salud y el seguro médico (página 1 de 2)

(a completar por el padre/madre/tutor)

Nombre del estudiante: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

¿Tiene el estudiante alguna alergia alimentaria/medicamentosa/de otro tipo? En caso afirmativo, indíquelo.

¿Tiene el estudiante dificultades de movilidad o de visión? En caso afirmativo, explíquelo.

¿Ha estado el estudiante bajo algún tipo de atención médica en los últimos tres meses? En caso afirmativo, explíquelo.

Explique cualquier tratamiento que el estudiante esté recibiendo actualmente o haya recibido en el pasado con respecto a su salud física, mental o emocional.

¿Sigue el estudiante una dieta especial? En caso afirmativo, explíquelo.

¿Debe restringirse el estudiante en materia de recreación? ¿En qué sentido?

¿Hay algo más que debamos saber sobre el estudiante o cualquier otra necesidad especial que pueda tener? (por ejemplo, salud mental)

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto principal: _____

Relación: _____

Teléfono de día: (____) _____ Teléfono de noche: (____) _____

Nombre del contacto secundario: _____

Relación: _____

Teléfono de día: (____) _____ Teléfono de noche: (____) _____

Formulario de información sobre la salud y el seguro médico (página 2 de 2)

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

- Mi hijo(a) tiene seguro médico **(POR FAVOR INCLUYA UNA FOTOCOPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO - ANVERSO Y REVERSO).**

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza o grupo: _____

Nombre del titular de la póliza (asegurado): _____

Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos que no estén cubiertos por mi seguro y que se produzcan como consecuencia de la participación de mi hijo(a) en el Programa de la Semana STEM de RIT/NTID.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

- Mi hijo(a) no tiene seguro médico.

Asumo toda la responsabilidad del pago de los gastos médicos incurridos como resultado de la participación de mi hijo(a) en el programa Programa de la Semana STEM de RIT/NTID.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Declaración HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos) e información de salud y del seguro médico:

Cualquier autorización que usted proporcione al Programa de la Semana STEM de RIT/NTID y al RIT con respecto al uso y divulgación de la información médica y de salud de su hijo(a) podrá ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, dejaremos de utilizar o divulgar la información médica y/o sanitaria de su hijo(a) por los motivos que usted describe. Tenga en cuenta que el programa Illinois está obligado a conservar y mantener los registros del cuidado de su hijo(a) hasta **el 30 de septiembre de 2024**.

Autorizo al personal del Programa de la Semana STEM de RIT/NTID y a los empleados del Rochester Institute of Technology a utilizar y/o divulgar información médica y sanitaria protegida sobre las condiciones médicas o de otro tipo de mi hijo(a) con el fin de llevar a cabo el tratamiento necesario.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____