



School-Based Health Center Consent for Health Services

I consent to health and oral hygiene services provided for my child by the School Nurse Practitioner and other providers and staff including, but not limited to, providers and staff affiliated with Education Plus Health and its collaborative partner the Family Practice and Counseling Network (FPCN), during the time that the student is enrolled in a school with an Education Plus Health (“EPH”) School Based Health Center (the “Center”). I understand that services provided pursuant to this consent are in addition to those typically provided by a school nurse pursuant to Pennsylvania state law. I understand that information on primary care provided will be shared with my child’s Primary Care Provider (“PCP”) for continuity of care. This consent can be withdrawn at any time by writing to the Center. I recognize that the Center will protect my child’s health information according to HIPAA, as described below, and that my health insurance will be billed for services provided pursuant to this consent.

In order to provide care to your child, it may be necessary for the Center to use and/or disclose protected health information (“PHI”) for purposes of treatment and healthcare operations. Maintaining confidentiality of that information is important to us. Review the **Notice of Privacy Practices** to learn in more detail the uses and disclosures of your protected health information that are necessary, and the obligation to protect that information. You have a right to review the Notice before you sign this consent.

The Center abides by the Federal HIPAA Privacy Rule which gives patients a right to be informed of the privacy practices of health care providers and health plans and of their privacy rights regarding their PHI. EPH AND FPCN participates in a secure health information organization network called *HealthShare Exchange* (“HSX”), which makes it possible for EPH to share your PHI electronically through a secure connected network. EPH may share or disclose your PHI to HSX whereby other health care providers that are also connected to HSX can access your Health Information for treatment, payment and other authorized purposes, to the extent permitted by law.

You have the right to “opt-out” or decline to participate in having EPH share your PHI through HSX. If you choose to opt-out of data-sharing through HSX, EPH will no longer share your PHI through HSX, however it will not prevent how your information otherwise is typically accessed and released to your child’s PCP in accordance with the law, including being transmitted through other secure mechanisms (e.g., by fax or an equivalent technology). If you choose to opt-out of data-sharing through HSX, or for any other questions or concerns, please contact the program office at 267-324-5707 or by email contact@educationplushealth.com. By signing this consent form I hereby assign to EPH and FPCN direct payment of any and all authorized services and payments from my public or commercial insurance plan related to care delivered. No one will be denied service based on inability to pay (regardless of patient income level). FPCN is a Health Center Program grantee under 42 U.S.C.254b, and a deemed Public Health Service employee under 42 U.S.C.233(g)-(n). www.fpcn.com

When you give consent for us to provide for care beyond that typically provided by a school nurse pursuant to PA state law, we will keep any related PHI confidential and will not share it with the school, in accordance with state and/or federal law. A few exceptions exist, including:

- Permission is given by the student/patient or parent/guardian through a signed release of information
- The patient has a medical condition that the teacher must be informed of to ensure their well-being in the classroom (Need-to-Know)
- The patient has a life-threatening health problem and is under 18 years old
- There is reason to suspect abuse or neglect; and/or the patient indicates risk of imminent harm to self or others
- The student has a communicable disease that must be reported to public health authorities

I hereby acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices and approve of the disclosures of my child’s PHI. I hereby consent to care provided to my child/children by the Center, as listed below.

Name of Legal Parent/Guardian: _____ **Date:** _____

Signature of Parent/Guardian: _____ **Emergency Contact #:** _____

Student(s) Name	Grade	PCP Name & Phone #	Insurance Type (If none, we will contact you to enroll)	Insurance #	Health Concerns (Illnesses, Allergies, Medications, etc. please list)

All students will receive universal health screenings by the school nurse as mandated by State law. You will be notified in writing if there are any concerns. **Please submit a copy of your child’s physical or dental exam each year, in accordance with State law.**

In the School Based Health Center your child may be able to receive over-the-counter medicine to relieve discomfort (Tylenol, etc.) at school. The school nurse will ALWAYS attempt to call you first for permission to administer such medicines. Please list any over-the counter medications you DO NOT wish your child to have: _____

NO PRESCRIPTION MEDICATION can be given at school without an updated consent and medical order every school year. (Includes asthma inhaler, Epi-pen, ADHD or other medications) Medication kept at the school must be taken home by the parent/guardian at the end of each year and returned at beginning of the next year, with updated medical forms and consents. Please contact the School Based Health Center to receive these forms.

IMPORTANT ADDITIONAL INFORMATION: Under PA State law, the School Based Health Center will provide and assist students in accessing outside care if necessary. Under PA State law, youth may independently access reproductive health care at age 13 without parent/guardian consent (high school only). The School Based Health Center encourages each student to involve his/her parents or guardians in health care decisions whenever possible. When applicable, the School Based Health Center will assist the student in discussing these situations with parents/guardians. Because youth are able to provide consent for treatment, their consent is legally required for release of information about pregnancy and sexually transmitted infections.



School-Based Health Center Consent for Health Services

Doy mi consentimiento para servicios de salud e higiene oral proporcionados para mi hijo por la enfermera practicante de la escuela y otros proveedores y personal, incluidos, entre otros, los proveedores y el personal afiliado a Education Plus Health y su socio colaborador, la Red de Consejería y Práctica Familiar (FPCN), durante el tiempo que el estudiante está inscrito en una escuela con un Centro de Salud Escolar de Educación Más Salud ("EPH") (el "Centro"). Entiendo que los servicios prestados de conformidad con este consentimiento son adicionales a los que normalmente proporciona una enfermera escolar de conformidad con la ley del estado de Pensilvania. Entiendo esa información sobre la atención primaria proporcionada se compartirá con el proveedor de atención primaria de mi hijo ("PCP") para la continuidad de la atención. Este consentimiento se puede retirar en cualquier momento escribiendo al Centro. Reconozco que el Centro protegerá la información médica de mi hijo de acuerdo con HIPAA, como se describe a continuación, y que mi salud Se facturará al seguro por los servicios prestados de conformidad con este consentimiento.

Para poder brindarle atención a su hijo, puede ser necesario que el Centro use y / o divulgue información médica protegida ("PHI") con el fin de tratamiento y operaciones sanitarias. Mantener la confidencialidad de esa información es importante para nosotros. Revise el Aviso de prácticas de privacidad para aprender detallar más los usos y divulgaciones de su información médica protegida que son necesarios, y la obligación de proteger esa información. Usted tiene un derecho a revisar el Aviso antes de firmar este consentimiento.

El Centro cumple con la Regla de Privacidad Federal HIPAA que otorga a los pacientes el derecho a estar informados sobre las prácticas de privacidad de los proveedores de atención médica y planes de salud y de sus derechos de privacidad con respecto a su PHI. EPH Y FPCN participa en una red de organización de información de salud segura llamada HealthShare Exchange ("HSX"), que hace posible que EPH comparta su PHI electrónicamente a través de una red conectada segura. EPH puede compartir o divulgar su PHI a HSX mediante el cual otros proveedores de atención médica que también están conectados a HSX pueden acceder a su Información de salud para recibir tratamiento, pago y otros fines autorizados, en la medida permitida por la ley.

Tiene derecho a "optar por no participar" o negarse a participar para que EPH comparta su PHI a través de HSX. Si opta por excluirse del intercambio de datos a través de HSX, EPH ya no compartirá su PHI a través de HSX, sin embargo, no evitará cómo se accede y se divulga normalmente su información. el PCP de su hijo de acuerdo con la ley, incluida la transmisión a través de otros mecanismos seguros (por ejemplo, por fax o una tecnología equivalente). Si usted elige optar por no compartir datos a través de HSX, o para cualquier otra pregunta o inquietud, comuníquese con la oficina del programa al 267-324-5707 o por envíe un correo electrónico a contact@educationplushealth.com. Al firmar este formulario de consentimiento, por la presente cedo a EPH y FPCN el pago directo de todos y cada uno de los servicios y pagos de mi plan de seguro público o comercial relacionados con la atención brindada. A nadie se le negará el servicio por no poder pagar (independientemente del nivel de ingresos del paciente). FPCN es un beneficiario del Programa de Centro de Salud bajo 42 USC 254b y un empleado del Servicio de Salud Pública bajo 42 USC 233 (g) - (n). www.fpcn.com

De acuerdo con el estado y la ley federal cuando el consentimiento es previsto, la información es mantenida confidencial y no es compartida con la escuela, salvo algunas excepciones, por ejemplo:

- Permiso es dado por el estudiante /paciente o por los padres / guardian, por medio de la autorizacion firmada.
- El paciente tiene o padece de una condicion medica la cual el maestro / maestra debe ser informado, para el bienestar dentro del salon de clases.
- El paciente indica dano inminente asi mismo o hacia otra persona.
- El paciente tiene una condicion critica y es menor de edad or menor de 18 anos.
- Existe alguna razon / sospecha de abuso o negligencia.
- Ciertas enfermedades transmitibles deben ser reportadas al centro de salud publica.

Firma del Padre /Guardian: _____ Fecha : ____ / ____ / ____

Nombre Legal (Print): _____ Numero de emergencia #: _____

Nombre del Estudiante Fecha de nacimiento	Grado	Nombre y numero de doctor	Seguro Medico (en caso de no tener seguro medico nosotros le podemos ayudar a solicitar)	# de seguro medico	Preocupacion medica alguna? Alergia a cualquier medicamento? Note cualquier enfermedad que padesca.

Todos los estudiantes recibirán exámenes de salud universales por parte de la enfermera de la escuela que están ordenados por la ley del Estado. Se le notificará por escrito si hay alguna preocupación. **Por favor envíe una copia del examen físico o dental de su hijo cada año, de acuerdo con la ley del estado.** Entiendo que la información sobre la atención primaria provista será compartida con el Proveedor de Atención Primaria de su hijo para la continuidad de la atención. Comuníquese con el Centro de Salud Escolar para recibir estos formularios.

Su consentimiento por escrito es necesario para que su niño/a reciba medicamento no recetado para aliviar molestias (Tylenol, Tums, Jarabe de tos, etc.) Firmando este consentimiento está dando permiso para suministrar medicamentos no recetados como sea necesario para su niño/a. La enfermera escolar SIEMPRE intentara llamar a usted primero para poder dar permiso de administrar tales medicamentos. _____

MEDICAMENTOS RECETADOS NO PUEDEN SER DADOS EN LA ESCUELA SIN UN CONSENTIMIENTO AL DIA Y ORDEN MÉDICA CADA AÑO. (Incluye pompa de asma, Epi-pen, medicamentos para ADHD u otros medicamentos) Medicamentos que son guardados en la escuela tienen que ser llevados para atrás por el padre/guardián al fin del curso escolar y devuelto otra vez al comenzar el nuevo año escolar, con los consentimientos y ordines médicas al día.



School-Based Health Center Consent for Health Services

Bajo la ley estatal de PA, los jóvenes pueden acceder independientemente a la atención de salud reproductiva a los 13 años sin padre/tutor consentimiento de la escuela secundaria solamente. El centro de salud basado en la escuela anima a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención medica siempre que sea posible. Cuando sea aplicable el centro de salud que concede en la escuela ayudara al estudiante a discutir estas situaciones con padres/tutores debido a que los jóvenes son capaz de dar su consentimiento para el tratamiento. Su consentimiento es legalmente requerido para la divulgación de información sobre embarazo y las infecciones de transmisión sexual.