



# School Health Center Consent Form



A health center at no cost to you is now available at your child's school. It is available during school hours to address your child's healthcare needs. The school can connect to a remote licensed medical practitioner through the Hazel Health telehealth system. By completing this form, your child can access the school health center.

You can complete this form online at: [my.hazel.co/delhi](https://my.hazel.co/delhi)

Month / Day / Year

\_\_\_\_\_  
CHILD'S FIRST NAME                      CHILD'S LAST NAME                      CHILD'S BIRTHDATE

**I have read the Hazel Health Services Authorization on page 3 and 4 and: (check one box below)**

- I **give** permission for my child to receive services from Hazel Health Services.
- I **DO NOT give** permission for my child to receive services from Hazel Health Services.

\_\_\_\_\_  
PARENT / GUARDIAN SIGNATURE (REQUIRED)

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
PARENT / GUARDIAN #1 NAME

\_\_\_\_\_  
MOBILE PHONE

\_\_\_\_\_  
HOME PHONE

\_\_\_\_\_  
EMAIL

\_\_\_\_\_  
PARENT / GUARDIAN #2 NAME

\_\_\_\_\_  
MOBILE PHONE

\_\_\_\_\_  
HOME PHONE

\_\_\_\_\_  
EMAIL

**Is your child allergic to any medications?**

YES     NO    PLEASE LIST: \_\_\_\_\_

**Is your child currently taking any medications?**

YES     NO    PLEASE LIST: \_\_\_\_\_

**If recommended by a licensed medical provider, can the following medications be administered to your child at school?** Age/weight appropriate medications are given. Please check YES or NO:

- |                          |                          |                                          |                          |                          |                                                                    |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| YES                      | NO                       |                                          | YES                      | NO                       |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tylenol / Acetaminophen (Pain, Fever)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sudafed (Decongestant)                                             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Advil / Motrin / Ibuprofen (Pain, Fever) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hydrocortisone Cream (Inflammation)                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Children's Pepto (Upset Stomach)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benadryl / Diphenhydramine (Allergic Reaction)                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mylanta / Antacid (Stomach Ache)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zyrtec / Cetirizine (Allergies, Allergic Reaction)                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Throat Lozenge (Cough, Sore Throat)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zaditor / Ketotifen Fumarate (Allergies, Eye Drops)                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Robitussin DM / Guaiatuss DM (Cough)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neosporin / Bacitracin / Neomycin / Polymyxin B (Cuts, Infections) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Honey (Cough)                            |                          |                          |                                                                    |

Month / Day / Year

CHILD'S FIRST NAME

CHILD'S LAST NAME

CHILD'S BIRTHDATE

**Has your child ever had any of the following health conditions or health concerns?**

Please check YES or NO

YES NO

Allergies, other than medications (food, seasonal) LIST ALLERGIES: \_\_\_\_\_

Asthma DATE OF LAST ATTACK: \_\_\_\_\_

Lung Problems LIST LUNG PROBLEMS: \_\_\_\_\_

Diabetes

Heart Problems CIRCLE PROBLEMS: High Blood Pressure / Aortic Arch Obstruction OTHER: \_\_\_\_\_

Acid Reflux (Heartburn)

Infections CIRCLE INFECTIONS: Ears / Bladder / Throat OTHER: \_\_\_\_\_

Seizures DATE OF LAST SEIZURE: \_\_\_\_\_

Anxiety

Depression

ADD / ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Surgery CIRCLE SURGERIES: Appendix / Gallbladder / Tonsils / Ear Tubes OTHER: \_\_\_\_\_

Eczema

Other PLEASE DESCRIBE: \_\_\_\_\_

**Does your child have a primary care doctor?**

YES  NO

CHILD'S DOCTOR

PHONE

**Insurance is not required to use Hazel**

To better coordinate your child's healthcare please provide the name of your insurance company if you have insurance.

NAME OF INSURANCE COMPANY

# Hazel Health Services School Health Center Authorization

Understanding that my child may need healthcare treatment or healthcare screenings during school hours at school, I hereby authorize Hazel Health Services, and the School by and through the Hazel Health Services telehealth service, to administer such first aid or other medical examination and treatment as shall be deemed best under the circumstances, and I consent for my child to receive such treatment. I understand that Hazel Health Services may not always be available due to capacity or other reasons. I represent and warrant that I am an authorized legal representative of the child. I understand that the School will attempt to notify an authorized legal representative of the child in the event of an emergency requiring immediate medical care for my child and if the School is unable to notify an authorized legal representative of the child, it will have my child treated by a duly qualified medical practitioner. I authorize Hazel Health Services to contact and leave a voicemail and/or a text message on the supplied phone number and contact phone numbers from the School. Any medical information provided to the School may be shared with Hazel Health and Hazel Health Services. This authorization applies to all school-sponsored programs.

- 1. PURPOSE.** The purpose of this form is to obtain your consent for your child to participate in a telehealth consultation. This consent will authorize medical information about the child, including personally-identifiable medical information, to be disclosed to Hazel Health and Hazel Health Services and medical professionals, administrative staff, and employees of Hazel Health and Hazel Health Services for the purposes of treatment by and through a telehealth consultation. This disclosure will also authorize the use of written or recorded information containing the child's personally-identifiable medical information, including recordings of any telemedicine encounter with the child, for training and informational purposes by employees of the School or Hazel Health or Hazel Health Services and the use of personally-identifiable information by Hazel Health for the development and improvement of software, hardware, and related tools designed to improve services provided by medical professionals, administrative staff, contractors and employees of Hazel Health and Hazel Health Services.
- 2. NATURE OF TELEHEALTH CONSULTATION.** During the telemedicine consultation, the following may occur:
  - A.** Details of your child's medical history, examinations, x-rays, and test will be discussed with other health professionals through the use of a mobile application with real-time, interactive video, audio and telecommunications technology.
  - B.** Physical examination of your child may take place via a remote medical practitioner through the mobile application. Not all conditions can be treated by a telehealth consultation.
  - C.** Non-medical personnel including school staff, Hazel Health Services employees and/or translators may be present to aid with language and technical implementation of the consultation.
  - D.** Video, audio and/or photo recordings may be taken of the consultation.
- 3. MEDICAL INFORMATION AND RECORDS.** All existing laws regarding your access to medical information and copies of your medical records apply to this telehealth consultation. Additionally, dissemination, beyond the potential uses listed in this consent, of any patient-identifiable images or information from this telehealth interaction will not occur without your explicit consent. I authorize Hazel Health Services to disclose protected health information about students to school health designees, school nurses, physicians, Hazel Health or other health care providers for treatment purposes.

4. CONFIDENTIALITY. Reasonable and appropriate efforts have been made to eliminate any confidentiality risk associated with the telehealth consultation, and all existing confidentiality protections under federal law apply to information disclosed during this telehealth consultation.
5. RIGHTS. You may withhold or withdraw consent to telehealth consultation at any time without risking the loss or withdrawal of any program benefits to which you otherwise be entitled. You acknowledge that you have been advised of your right to receive a copy of this authorization as signatory to the authorization.
6. RISK, CONSEQUENCES AND BENEFITS. I am aware of any potential risk, consequences and benefits of telehealth. I have had an opportunity to ask questions about this information and all of my questions have been answered. I understand the written information provided above. I am choosing to enroll in Hazel Health Services and am not being forced to utilize this program.



# Formulario del Centro de Salud Escolar



Un centro de salud, sin costo a los padres, ahora está disponible en la escuela de su hijo. Está disponible durante las horas escolares para atender las necesidades de atención médica de su hijo. La escuela puede conectarse a un médico licenciado con ubicación remota a través del sistema de telesalud de Hazel Health. Al completar este formulario, su hijo puede tener acceso al centro de salud escolar.

Puede completar el formulario en el internet (en línea) en: [my.hazel.co/delhi](https://my.hazel.co/delhi)

MES                      DÍA                      AÑO

/                      /

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

FECHA DE NACIMIENTO

**He leído la Autorización de Servicios de Hazel Health en la página 3 y 4 y: (Por favor elija una de abajo)**

**Do** permiso para que mi hijo reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

**NO DO** permiso para que mi hijo reciba servicios de salud de Hazel Health Services.

FIRMA DE PADRE/GUARDIÁN (REQUERIDA PARA EL SERVICIO DE SALUD)

FECHA

PADRE/GUARDIÁN #1 / NOMBRE

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

CORREO ELECTRÓNICO

PADRE/GUARDIÁN #2 / NOMBRE

TELÉFONO CELULAR

TELÉFONO DE CASA

CORREO ELECTRÓNICO

**¿Está su hijo alérgico a algún medicamento?**

SÍ     NO    POR FAVOR ENLISTA:

**¿Está su hijo corrientemente tomando algún medicamento?**

SÍ     NO    POR FAVOR ENLISTA:

**Si lo recomienda un proveedor médico de licencia, ¿se puede administrar los siguientes medicamentos a su hijo en la escuela?** La dosis será determinada por el peso y / o la edad de su hijo/a. Marque Sí o No:

SÍ    NO

Tylenol / Acetaminofeno (Dolor, Fiebre)

Advil / Motrin / Ibuprofen (Dolor, Fiebre)

Pepto de niños (Estómago Agitado)

Mylanta / Antiácido (Dolor de Estómago)

Pastilla de Garganta (Tos, Dolor de Garganta)

Robitussin DM / Guiatuss DM (Tos)

Miel (Tos)

SÍ    NO

Sudafed (Decongestionante)

Crema de Hidrocortisona (Inflamación)

Benadryl / Diphenhydramine (Reacción Alérgica)

Zyrtec / Cetirizine (Alergias, Reacción Alérgica)

Zaditor / Ketotifen Fumarate (Alergias, Gotas para evitar picazón para los ojos)

Neosporin / Bacitracin / Neomycin / Polymyxin B (Cortados, Infecciones)

MES

DÍA

AÑO

PRIMER NOMBRE DEL ESTUDIANTE

APELLIDO DEL ESTUDIANTE

FECHA DE NACIMIENTO

**¿Alguna vez ha tenido su hijo/a una (o más) de las siguientes afecciones de salud o problemas de salud?**

Por favor, marque Sí o No

SÍ NO

  Alergias, que no sean medicamentos (alimentos, de temporada) INDIQUE: \_\_\_\_\_  Asma FECHA DEL ÚLTIMO ATAQUE DE ASMA: \_\_\_\_\_  Problemas pulmonares POR FAVOR, LISTE: \_\_\_\_\_  Diabetes  Problemas cardíacos CIRCULE TODOS QUE APLICAN: Alta presión sanguínea / Obstrucción del arco aórticoOTROS PROBLEMAS CARDÍACOS: \_\_\_\_\_  Reflujo ácido (Acidez estomacal)  Infecciones CIRCULE TODOS LOS QUE APLICAN: Oreas / Vejiga / Garganta OTRO: \_\_\_\_\_  Convulsiones FECHA DE LA ÚLTIMA CONVULSIÓN: \_\_\_\_\_  Ansiedad  Depresión  ADD / ADHD (Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención)  Cirugía CIRCULE TODOS LOS QUE APLICAN: Apéndice / Vesícula biliar / Amígdalas / Tubos para los oídosOTRO CIRUGÍA: \_\_\_\_\_  Eczema  Otro POR FAVOR DESCRIBA: \_\_\_\_\_**¿Tiene su hijo un médico de atención primaria?** SÍ  NO\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE MÉDICO DEL NIÑO\_\_\_\_\_  
TELÉFONO**No se requiere seguro de salud para usar Hazel**

Para coordinar mejor el cuidado de salud de su hijo, proporcione el nombre de su compañía de seguros, si tiene.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

# Autorización de Hazel Health Services Centro de Salud Escolar

Entendiendo que mi hijo puede necesitar tratamiento de salud o exámenes de salud durante las horas escolares en la escuela, por la presente autorizo Hazel Health Services y la Escuela, a través del servicio de telesalud Hazel Health Services, a administrar tales primeros auxilios u otro examen médico y tratamiento que se considere mejor bajo las circunstancias, y doy consentimiento para que mi hijo reciba tal tratamiento. Entiendo que los servicios de Hazel Health pueden estar no siempre disponible debido a su capacidad u otras razones. Yo represento y garantizo que soy legalmente un representante autorizado del niño/a. Entiendo que la escuela intentará notificar a un representante legal autorizado del niño en caso de una emergencia que requiera atención médica inmediata para mi hijo y si la escuela no puede notificar a un representante legal autorizado del niño, tendrá mi hijo tratado por un practicante médico debidamente calificado. Autorizo a Hazel Health Services a contactar y dejar un mensaje de voz grabado y / o un mensaje de texto en el número de teléfono suministrado y los números de teléfono de contacto de la escuela. Cualquier información médica proporcionada a la Escuela se puede compartir con Hazel Health y Hazel Health Services. Esta autorización se aplica a todos los programas patrocinados por la Escuela.

1. **PROPÓSITO.** El propósito de éste formulario es obtener su consentimiento para que su hijo participe en una consulta de telesalud. Éste consentimiento autorizará la divulgación de información médica sobre el niño, incluida información médica de identificación personal, a Hazel Health y Hazel Health Services, así como a profesionales médicos, administrativos y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services para fines de tratamiento por parte de a través de una consulta de telesalud. Ésta divulgación también autorizará el uso de información escrita o grabada que contenga la información médica identificable personalmente del niño, incluidas las grabaciones de cualquier encuentro de telemedicina con el niño, con fines de capacitar e informar por parte de los empleados de la Escuela o Hazel Health o Hazel Health Services y el uso de información personal identificable por Hazel Health para el desarrollo y mejora de software, hardware y herramientas relacionadas diseñadas para mejorar los servicios prestados por profesionales médicos, personal administrativo, contratistas y empleados de Hazel Health y Hazel Health Services.
2. **INTENCIÓN DE LA CONSULTA TELEFÓNICA.** Durante la consulta de telemedicina;
  - A. Los detalles del historial médico, los exámenes, las radiografías y la prueba de su hijo se discutirán con otros profesionales de la salud a través del uso de una aplicación móvil con tecnología de video, audio y telecomunicaciones en tiempo real.
  - B. El examen físico de su hijo puede realizarse a través de un médico a distancia a través de la aplicación móvil. No todas las condiciones se pueden tratar con una consulta de telesalud.
  - C. Personal no médico incluyendo personal de la escuela, empleados de Hazel Health Services y / o traductores pueden estar presentes para ayudar con el lenguaje y la implementación técnica de la consulta.
  - D. Se pueden tomar grabaciones de video, audio y / o foto de la consulta.

3. **INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS.** Todas las leyes existentes relacionadas con su acceso a la información médica y copias de sus registros médicos se aplican a ésta consulta de telesalud. Además, la disseminación, más allá de los posibles usos enumerados en este consentimiento, de cualquier imagen identificable por el paciente o información de esta interacción de telesalud no ocurrirá sin su consentimiento explícito. Autorizo Hazel Health Services a divulgar información de salud protegida sobre estudiantes a designados de salud escolar, enfermeras escolares, médicos, Hazel Health u otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento.
4. **CONFIDENCIALIDAD.** Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal se aplican a la información revelada durante ésta consulta de telesalud.
5. **DERECHOS.** Usted puede suspender o retirar el consentimiento a la consulta de telesalud en cualquier momento sin arriesgarse a la pérdida o retirada de los beneficios del programa a los cuales usted tiene derecho. Usted reconoce que se le ha notificado su derecho a recibir una copia de ésta autorización como signatario de la autorización.
6. **RIESGO, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS.** Se me ha informado de los riesgos posibles, consecuencias y beneficios de la telesalud. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo la información escrita proporcionada arriba. Yo elijo inscribirme en Hazel Health Services y no estoy obligada/o a utilizar este programa.