

**MESH (Salud Móvil en la Escuela)**  
**Departamento de Salud del Condado de Wilkes**  
**306 College Street, Wilkesboro, NC 28697**  
**(336) 957-7043**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MESH**  
**CENTRO DE SALUD DEL CONDADO DE WILKES- ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WILKES**

---

Una copia del "Aviso de las Prácticas de Privacidad" para El Departamento de Salud del Condado de Wilkes/Servicios de MESH se encuentra en la página del Departamento de Salud: [www.wilkeshealth.com](http://www.wilkeshealth.com) y en la Unidad de MESH.

Yo concedo permiso a mi hijo(a) o a mí mismo, para ser inscrito en el programa de MESH y doy consentimiento para recibir servicios relacionados con la salud, los cuales pueden incluir exámenes, inmunizaciones, exámenes de salud, prueba de diagnóstico limitado (ejemplo. culturas de la garganta, análisis de sangre, COVID -19), educación, consejería, citas hechas con otros médicos y administración o prescripción de medicamentos necesarios.

Entiendo que el archivo médico es propiedad del departamento de salud y la información en el será confidencial en acuerdo con la ley del estado. Yo doy permiso al departamento de salud de cobrar a la compañía de mi seguro médico escrita en esta forma. Entiendo que cualquier servicio facturado por agencias externas (por ejemplo, LabCorp) será mi responsabilidad.

Doy mi permiso para que el Departamento de Salud del Condado de Wilkes use y comparta información de Salud/médica para propósitos de tratamiento, pagos y asuntos administrativos.

Entiendo que mi información de salud puede ser compartida con las enfermeras de las escuelas públicas del condado de Wilkes. Una copia de la visita a MESH puede ser enviada al proveedor de servicios médicos en el archivo con la unidad MESH.

---

Yo entiendo que bajo la ley del Estado de Carolina del Norte un menor de edad (menor de 18 años) podrá recibir tratamiento y/o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo, abuso de drogas y salud mental. NO SE DARA NINGUN METODO ANTINCONCEPTIVO NI REFERENCIAS PARA ABORTOS (Servicios permitidos bajo G.S.90.215 (a) solamente)

---

FIRMA DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Apellidos \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa ( ) \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Quién es el doctor del estudiante? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR**

Madre: Apellidos \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía donde trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Padre: Apellidos \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía donde trabaja \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICO**

¿Tiene seguro médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Ingreso mensual de su hogar \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de su seguro médico \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Nombre de la persona con el seguro médico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE MÉDICAID**

Medicaid: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nombre en el Medicaid: Apellidos \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_ Fecha de certificación \_\_\_\_\_