



HAMILTON COUNTY DEPARTMENT OF EDUCATION
School Health
(423) 209-5458

Health Management Authorization Form

Student	Date of Birth
School	Social Security#:
Parent/Guardian Name:	DOES YOUR CHILD HAVE MEDICAID/TENNCARE? (circle one): YES NO
Day Phone: Cell Phone:	MEDICAID/TENNCARE TYPE: (circle one): BLUECARE TENNCARE SELECT AMERICHoice AMERIGROUP
E-Mail:	TENNCARE ID#:

Release of Medical Information /Consent for Treatment/Authorization of Medications at School:

1. Medications should be given at home whenever possible. Medications must comply with the Board Medication Policy. Medications and medical assistance may only be administered by the School Nurse or designated and trained non-medical school personnel.
2. This authorization allows for the release and exchange of information between HCDE (Hamilton County Department of Education) School Health, HCDE staff, the Health Care Provider, and for insurance billing (parents/guardians are never billed for nursing services.) Documents that may be included are: the IEP, medical records, psychological records, educational reports, and relevant test results. If your child has TennCare or becomes eligible for TennCare coverage in the future and is receiving Medicaid-reimbursable services as defined in Section 300.154 of the Individuals with Disabilities Education Act [IDEA], the Department of Education(DOE) is authorized to seek reimbursement for these services.
3. I request payment(s) of authorized benefits be made on behalf of the insured. I understand and agree that payment(s) may be made directly to the Department of Education that is filing the Medicaid/TennCare claim for services rendered. I understand that the Department of Education is responsible for charges not covered by this assignment. If you do not want to give consent for DOE to submit Medicaid/TennCare claims, please initial here. _____
4. I have received notice of rights to privacy for personal health information, including HIPAA policies.

The information provided establishes the student’s treatment plan, and parental and medical provider signatures provide consent to implement this plan.

Parent’s Signature: _____ Date: _____

Physician Signature: _____ Physician phone: _____

Physician Name or Stamp: _____ Physician Fax: _____

Remarks: _____

School Nurse: _____ Phone: _____ Fax: _____

Health Management Authorization Form

Page 2 – NOTE: Page 1 must be completed and accompany this form, as it contains required signatures for consent.

Student Name: _____ School: _____ Date of Birth _____

Medications at School: (Note: pill counts required for all controlled medications; parent or employee witness necessary.)

Name of Medication	Indication	Dosage	Route	Time	Side Effects

Individual Health Management Plans (IHP):

<p>Asthma Self-Carry Inhaler: Yes__ No__</p> <p>Signs: Short of breath, cough, vomiting, can't speak, bluish around lips, anxious, need to stand or lean forward, decreased consciousness. Other: _____</p> <p>_____</p> <p>Actions: Have student use inhaler. Encourage to deep breathe and relax. If symptoms resolve in _____ Minutes, student may return to class.</p> <p>If symptoms increase in severity, if no pulse or respirations present, or if level of consciousness decreases, Call 911 and start CPR if needed. Call parent.</p> <p>Other: _____</p> <p>_____</p>	<p>Other Health Condition: _____</p> <p>Signs: _____ Actions: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Other: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Allergies Self-carry Treatment: Yes__ No__</p> <p>Allergic to: _____</p> <p>Hx of Anaphylaxis? _____</p> <p>Signs: Wheezing, short of breath, hoarse, swelling of face or other area, bluish around lips. Other: _____</p> <p>_____</p> <p>Actions: Administer: _____</p> <p>_____</p> <p>If Epinephrine given, Call 911 Immediately. Call Parent.</p> <p>Other: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Seizures</p> <p>Signs: Stiffening or jerking of body parts; Lips/skin bluish color; Loss of bladder or bowel control; Unconsciousness;</p> <p>Other: _____</p> <p>_____</p> <p>Actions: Call for help; protect from injury; Loosen tight clothing;</p> <p>Administer: _____</p> <p>Call 911 if: 1st seizure, different or prolonged seizure pattern, repeated seizure, no breathing or pulse (start CPR), or if Diastat given and: a)Administered by non-medical staff; b)Nursing judgment indicates medical emergency based on situation and assessment; c)Parent or MD requests 911 call with seizure.</p> <p>Other: _____</p> <p>**Parents must notify school if Diastat is given within 8 hours before school** _____</p>

PILL COUNTS (All controlled medications must be counted by the school nurse on receipt. A witness, either a parent or an HCDE employee, is required.)

Medication	Dated Rec'd	Number Rec'd	Other	School Nurse Signature	Witness Signature

MEDICATION DISPOSALS (All medications not picked up by parents will be disposed of by the school, as noted in the Board Medication Policy.)

Medication	Amount Disposed	Signature	Date

NOTES:



Formulario de Autorización para Gestión de la Salud

Estudiante	Fecha de Nacimiento
Escuela	# Seguro Social:
Nombre Padres/Acudientes:	¿SUS HIJOS TIENEN MEDICAID/TENNCARE? (encierre en un círculo): SI NO
Teléfono Diurno: Teléfono Celular:	TIPO DE MEDICAID/TENNCARE: (encierre en un círculo): BLUECARE TENNCARE SELECT AMERICHoice AMERIGROUP
E-Mail:	# de Identificación TENNCARE:

Divulgación de Información Médica /Consentimiento para Tratamiento/Autorización de Medicamentos en la Escuela:

1. Cuando sea posible, los medicamentos deben ser suministrados en casa. Los medicamentos deben cumplir con la Política de la Junta sobre Medicamentos. Los medicamentos sólo podrán ser administrados por la enfermera de la escuela o por personal escolar no médico designado y entrenado.
2. Esta autorización permite la divulgación e intercambio de información entre Salud Escolar de HCDE (Departamento de Educación de Hamilton County), personal de HCDE, el proveedor de atención a la salud y para facturación del seguro (a los padres/acudientes nunca se les factura los servicios de enfermería.) Los documentos que podrían ser incluidos son: el IEP, registros médicos, registros psicológicos, informes educativos y resultados de pruebas relevantes. Si su hijo tiene TennCare o se vuelve elegible para cobertura TennCare en el futuro y está recibiendo servicios reembolsables de Medicaid, tal como está definido en la sección 300.154 de la Ley de Educación para Personas con Discapacidad [IDEA en inglés]), el Departamento de Educación (DOE en inglés) está autorizado para pedir reembolso por estos servicios.
3. Solicito que el(los) pago(s) de los beneficios autorizados sea realizado en nombre del asegurado. Entiendo y acepto que el(los) pago(s) sea realizado directamente al Departamento de Educación, quien está presentando la reclamación a Medicaid/TennCare por los servicios brindados. Entiendo que el Departamento de Educación es responsable por los costos no cubiertos por esta asignación. Si usted no desea dar consentimiento al DOE para presentar reclamaciones a Medicaid/TennCare, por favor firme aquí. _____
4. He recibido el aviso de derechos de privacidad sobre información médica, incluyendo las políticas HIPAA.

La información suministrada establece el plan de tratamiento del estudiante y la firma de los padres significa consentimiento para implementar este plan.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del médico: _____ Teléfono del médico: _____

Nombre o sello del médico: _____ Fax médico: _____

Comentarios: _____

Enfermera escolar: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Formulario de Autorización para Gestión de la Salud

Página 2 – NOTA: La página 1 tiene que estar diligenciada y adjuntada a este formulario ya que contiene las firmas para consentimiento.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha de Nacimiento _____

‡Medicamentos en la Escuela: (Nota: conteo de pastillas requerido para todo medicamento controlado; necesario testigo de padres o empleado.)

Nombre del Medicamento	Indicación	Dosis	Ruta	Hora	Efectos Secundarios

Planes de Gestión de Salud para Individuos (IHP en inglés):

<p>Asma Señales: Falta de aliento, tos, vómito, no puede hablar, color azul alrededor de los labios, ansiedad, necesidad de ponerse de pie o inclinarse hacia adelante, disminución del estado de conciencia. Otro: _____</p> <p>Medidas: Haga que el estudiante use el inhalador. Anime a que respire profundo y se relaje. Si los síntomas desaparecen en _____ minutos, el estudiante podrá retornar a clase. Si los síntomas empeoran, si no hay pulso o respiración o si disminuye el nivel de conciencia, Llame al 911 y comience RCP si es necesario. Llame a los padres.</p>	<p>Otra Condición Médica: _____</p> <p>Señales: _____ Medidas: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Alergias Alérgico a: _____ ¿Ha sufrido de Anafilaxis? _____ Señales: Sibilancia, falta de aliento, ronquera, hinchazón de la cara u otra área, color azul alrededor de los labios. Otro: _____</p> <p>Medidas: Administrar: _____</p> <p>Si suministra Epinefrina, Llame Inmediatamente al 911. Llame a los padres. Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Convulsiones Señales: Rigidez o movimientos bruscos de partes del cuerpo; color azulado de los labios/piel; pérdida del control de esfínteres o intestino; pérdida del conocimiento; Otro: _____ Medidas: llame para ayuda; proteja de lesión; afloje ropa ajustada; Administrar: _____ Llame al 911 si: 1ª convulsión, patrón de convulsión diferente o prolongado, convulsiones repetidas, no hay pulso o respiración (comience RCP), o si suministra Diastat y: a) Administrado por personal no médico; b) el criterio de la enfermera indica emergencia médica basado en la situación y evaluación; c) Si los padres o médico solicitan llamada al 911 por convulsión. Otro: _____</p>

CONTEO DE PASTILLAS (Todo medicamento controlado debe ser contado por la enfermera de la escuela al momento de recibirlos. Se requiere un testigo, bien sea el padre o un empleado de HCDE.)

Medicamento	Fecha recibido	Número recibido	Otros	Firma Enfermera Escuela	Firma Testigo

DESECHO DE MEDICAMENTOS (Todo medicamento no recogido por los padres será desechado por la escuela, tal como está establecido por la Política sobre Medicamentos de la Junta.)

Medicamento	Cantidad Desechada	Firma	Fecha

NOTES:
