

School-Based Health Center PROGRAM



<http://www.schcnyc.com/sbhc>

STEAM @ Dr. King	315-435-4031
Dr. Weeks School	315-435-4030
Delaware Primary	315-435-4452
Syracuse STEM @ Blodgett	315-435-6431
P.S.L.A Fowler	315-435-4410
H. W. Smith School	315-435-6266
Grant Middle School	315-435-4040
Franklin Magnet School	315-435-4102

Estimado padre/madre/tutor:

En la escuela ofrecemos servicios integrales de atención médica primaria directamente para sus hijos.

Syracuse Community Health Center, Inc. y el Distrito escolar de la ciudad de Syracuse ofrecen servicios médicos, dentales y de salud mental en la escuela de su hijo por medio del programa *Centro Médico en la Escuela (School Based Health Center)*.

Hay una gama completa de servicios de atención primaria disponibles, entre los que se incluyen:

- Exámenes físicos y chequeos (exámenes escritos para deportes y trabajo)
- Vacunas
- Servicios dentales, limpiezas, selladores, tratamientos y radiografías
- Salud mental
- Tratamiento de enfermedades agudas y urgentes o lesiones menores.

Lo mejor de todo es que estos servicios se prestarán sin que tenga que pagar gastos de bolsillo, ya sea que su hijo tenga o no cobertura médica. *No hay necesidad de cambiar su proveedor de atención primaria y no será penalizado de NINGUNA MANERA por inscribirse en el programa Centro Médico en la Escuela.*

La clave para que un niño aprenda y crezca es que esté sano. Estamos haciendo que el acceso a la atención médica sea lo más conveniente posible. Creemos firmemente que ningún niño debería tener dificultades académicas por la falta de atención médica.

Lo animamos a que aproveche este programa de atención médica para niños. Si su hijo está asegurado actualmente, no es necesario un copago; facturaremos a su aseguradora por el servicio. Si su hijo no tiene seguro, lo ayudaremos a determinar su elegibilidad **para Medicaid o Child Health Plus**. Si tiene seguro, es importante que nos dé la información del seguro de su hijo en el momento de la inscripción para que podamos facturar adecuadamente los servicios que ofrece el programa.

Llame a la escuela de su hijo al teléfono mencionado arriba para hablar con el enfermero de práctica avanzada del Centro médico en la escuela o visite nuestro sitio web en www.schcnyc.com/sbhc.

Antes de que su hijo pueda participar, complete los formularios que encontrará en el paquete adjunto y devuélvalos a la escuela. Gracias por su tiempo. Esperamos atender las necesidades de atención médica de su hijo.

Atentamente,

Mark Hall
Presidente y CEO
Syracuse Community Health Center

Atentamente,

Anthony Q. Davis
Superintendente interino de
Distrito escolar de la ciudad de Syracuse



Nombre de la escuela: _____

Office Use Only	OSIS #: _____	Medical Record No. _____
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR
Apellido del estudiante: _____ Primer nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <small>Mes Día Año</small> Número de Seguro Social del estudiante: _____ Escuela del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro _____ Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ Idioma preferido: _____ ¿Tiene su hijo dificultad con el inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección del estudiante: _____ Apto.: N.º _____ <small>Ciudad Estado Código postal</small>		Nombre de la madre Apellido: _____ Primer nombre: _____ F. de nacimiento: _____ Nombre del padre Apellido: _____ Primer nombre: _____ F. de nacimiento: _____ Nombre del tutor, si corresponde Apellido: _____ Primer nombre: _____ F. de nacimiento: _____ Relación del tutor con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Tía o tía <input type="checkbox"/> Otro: _____ Información de contacto del padre/madre o tutor Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Otro contacto de emergencia Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____
INFORMACIÓN DEL SEGURO		INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR
¿Tiene su hijo Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____ ¿Qué plan de Medicaid/Child Health Plus? <input type="checkbox"/> Plan UHC Community <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Tiene cobertura médica el estudiante por medio de su empleador o algún otro tipo de seguro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Plan médico: _____ ID de miembro/número de póliza: _____ Teléfono del plan médico: _____ ¿Tiene su hijo seguro dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan dental: _____ ID de miembro/número de póliza: _____ Teléfono del plan médico: _____ ¿Quiere que un representante de una organización de la comunidad o de un plan de seguro médico para personas de bajos ingresos aprobado por el estado de Nueva York se comuniquen con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el estudiante un médico habitual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Nombre: _____ Tel.: _____ Dirección: _____ ¿Tiene el estudiante un dentista habitual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Nombre: _____ Tel.: _____ Dirección: _____ Indique la farmacia que más le convenga para enviar por vía electrónica a esa farmacia las recetas necesarias. Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____
<p>CASILLA 1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO MÉDICO EN LA ESCUELA. <i>Firme la casilla 1, 2, 3 para completar la inscripción</i></p> <p>Leí y entiendo los servicios que prestan los Centros Médicos en la Escuela y mi firma da el consentimiento para que mi hijo reciba los servicios prestados por el Centro Médico en la Escuela de SCHC. NOTA: Por ley, no es necesario el consentimiento de los padres para hacer las evaluaciones obligatorias, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con el comportamiento sexual y la prevención del embarazo y la prestación de servicios cuando la salud del estudiante parece estar en peligro. No es necesario el consentimiento de los padres para estudiantes mayores de 18 años o para estudiantes que son padres o están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.</p> <p>X _____</p> <p>Firma del padre/madre/tutor (o estudiante si es mayor de 18 años o la ley lo permite) En letra de molde Fecha</p>		
<p>CASILLA 2. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES SEGÚN HIPAA PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA</p> <p>Leí y entiendo la revelación de información médica en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para revelar información médica como se especifica.</p> <p>X _____</p> <p>Firma del padre/madre/tutor NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR EN LETRA DE MOLDE Fecha (o estudiante si es mayor de 18 años o la ley lo permite)</p>		
<p>CASILLA 3: DECISIÓN DE CONSENTIMIENTO DE HEALTH E CONNECTIONS</p> <p>Mi decisión de consentimiento. UNA casilla está marcada a la izquierda de mi elección. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento.</p> <p><input type="checkbox"/> DOY CONSENTIMIENTO para que SCHC acceda a TODA mi información médica electrónica por HealthConnections para prestar servicios de atención médica</p> <p><input type="checkbox"/> NIEGO EL CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, para que SCHC acceda a mi información médica electrónica por HealthConnections.</p> <p><input type="checkbox"/> NIEGO EL CONSENTIMIENTO para que SCHC acceda a mi información médica electrónica por HealthConnections para cualquier propósito, incluso en una emergencia médica.</p> <p>X _____</p> <p>Firma del padre/madre/tutor NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR EN LETRA DE MOLDE Fecha</p>		



Nombre de la escuela: _____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO MÉDICO EN LA ESCUELA

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios de atención médica/dental/salud mental del personal del programa Centro Médico en la Escuela de SCHC, incluyendo:

- Exámenes físicos completos (exámenes físicos obligatorios, exámenes físicos escritos para deportes, trabajo)
- Primeros auxilios y evaluación de enfermedades agudas, recetas cuando sea necesario
- Pruebas de laboratorio cuando sea necesario para detectar enfermedades o infecciones
- Evaluación de la audición, la vista, la escoliosis y la presión
- Inmunizaciones e inyecciones antialérgicas (por orden de un alergólogo)
- Evaluaciones dentales, tratamientos con flúor, profilaxis (limpiezas), selladores, radiografías, educación y orientación
- Cuidado de los problemas de la piel
- Orientación en salud mental
- Educación para la salud, nutrición y orientación sobre el peso
- Orientación para problemas escolares y personales
- Remisión a agencias externas (especialistas, consejeros, etc.) para servicios que no se prestan en el Centro Médico en la Escuela.

Otros servicios que se ofrecen para los adolescentes incluyen:

- Orientación de prevención y abuso de alcohol y drogas, orientación familiar
- Orientación sobre la pubertad, la presión social, la comunicación y la toma de decisiones responsables (según las directrices)
- Opciones de orientación para la prevención del embarazo, incluyendo la abstinencia y la anticoncepción, cuando sea necesario o a petición de los padres o tutores.

Autorizo la revelación de la información médica/dental/salud mental necesaria a mi aseguradora designada para reclamos y que los pagos del seguro se envíen a Syracuse Community Health Center, Inc.

Si el proveedor de atención primaria (PCP)/dentista de mi hijo no está afiliado a SCHC, autorizo la revelación de información médica hacia y desde el PCP de mi hijo y los consultorios de atención médica especializada, a menos que se especifique lo contrario. La información médica se puede compartir con el enfermero del Distrito escolar de la ciudad de Syracuse y el personal afiliado cuando sea necesario y según la necesidad demostrada de compartir información según lo permitido por la Ley del Estado de Nueva York.

Entiendo que harán todo lo posible para comunicarse conmigo antes de cualquier tratamiento que exija el consentimiento de los padres según la ley del estado de Nueva York. La ley del estado de Nueva York no exige el consentimiento de los padres para el tratamiento u orientación sobre abuso de alcohol/drogas, orientación sobre salud mental, enfermedades de transmisión sexual, embarazo o anticoncepción. El personal de los programas del Centro Médico en la Escuela de SCHC considera que la participación de los padres es muy importante. En consecuencia, el personal recomendará a cada estudiante que sus padres o tutores participen en todas las decisiones de orientación y atención médica/dental.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES SEGÚN HIPAA PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Firmando este Formulario de consentimiento, usted nos da permiso para usar y revelar información médica protegida sobre usted o su hijo para operaciones de tratamiento, pago y atención médica, excepto por las restricciones que se especifican abajo y que hemos aceptado. La *información médica protegida* es información que lo puede identificar individualmente que creamos o recibimos, incluyendo la información demográfica, relacionada con su salud física/dental o mental, con la prestación de servicios de atención médica para usted y con el cobro de pagos por prestarle servicios médicos/dentales/de orientación a usted/su hijo.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad da información sobre cómo podemos usar y revelar la información médica protegida sobre usted o su hijo. Tiene derecho a recibir una copia antes de firmar este Formulario de consentimiento. Firmando este formulario de consentimiento, usted reconoce que recibió/está informado de nuestro [Aviso de Prácticas de Privacidad](#).

Tiene derecho a pedir que restrinjamos cómo se usa o revela la información médica protegida sobre usted o su hijo para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. *No estamos obligados a aceptar ninguna restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.* Si quiere poner una restricción, pida una copia de nuestro Formulario de solicitud de restricción.

Si no firma este Formulario de consentimiento, tenemos derecho a rechazar su tratamiento a menos que un profesional de atención médica autorizado determine que usted o su hijo necesita tratamiento de emergencia o que la ley nos exija que le demos tratamiento. Estamos obligados a documentar cualquier circunstancia en la que no obtengamos su consentimiento, pero aun así demos el tratamiento. Le ofreceremos una copia de la documentación si decide no firmar este Formulario de consentimiento.

Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en los casos en que ya hayamos hecho revelaciones sobre la base de su consentimiento previo. Puede pedir el uso de nuestro Formulario de autorización para la revelación de información con el propósito de solicitar su revocación o sencillamente puede enviarnos una carta por escrito.

Entiendo que se pueden tomar fotografías, cintas de video, imágenes digitales u otras imágenes para documentar el cuidado de mi hijo y doy mi consentimiento para ello. Las imágenes que me identifiquen se revelarán o usarán fuera de la institución únicamente con mi autorización por escrito o la de mi representante legal.

INFORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO DE HEALTH E CONNECTIONS

Pido que se acceda a la información médica relacionada con mi atención y tratamiento como se establece en este formulario. Puedo elegir si permito o no que **Syracuse Community Health Center** obtenga acceso a mi expediente médico por medio de la organización de intercambio de información médica llamada **HealthConnections**. Si doy mi consentimiento, pueden acceder a mi expediente médico desde los diferentes lugares donde recibo atención médica mediante una red informática en todo el estado. **HealthConnections** es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas por vía electrónica y cumple los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA y las leyes del estado de Nueva York. **Para obtener más información y conocer todos los pormenores del formulario de consentimiento visite <http://healthconnections.org/who-we-serve/patients/> o pida un formulario al enfermero de práctica avanzada de la escuela.** Se puede acceder a mi información en caso de una emergencia, a menos que complete este formulario y marque la casilla n.º 3, que establece que niego el consentimiento incluso en una emergencia médica.

La elección que haga NO afectará mi derecho a obtener atención médica. La elección que hago en este formulario NO permite que las compañías de seguro médico tengan acceso a mi información con el propósito de decidir si me dan cobertura de seguro médico o pagan mis facturas médicas.

HISTORIA MÉDICA BÁSICA

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	GRADO	ESCUELA
------------------------	---	--------------	----------------

Estimado padre/madre/tutor: La salud de su hijo es importante para nosotros. Para comprender mejor las necesidades de atención médica continua de su hijo y en caso de emergencia, responda las siguientes preguntas.

Alergias:	No	Sí
¿Es su hijo alérgico a algún medicamento? Si respondió Sí, especifique:		
¿Es su hijo alérgico a alguna comida? Si respondió Sí, especifique:		
Si respondió Sí, ¿tiene el niño un Epi-pen?		
¿Ha tenido su hijo algún problema médico grave o crónico?	No	Sí
Asma		
Trastorno por déficit de atención		
Depresión o ansiedad (si respondió sí, encierre en un círculo uno o ambos)		
Historia de un soplo cardíaco		
Convulsiones		
Anemia de células falciformes		
Otra:		
¿Toma su hijo algún medicamento con regularidad? Si respondió Sí, especifique los nombres y dosis.		
¿Alguna vez su hijo ha estado hospitalizado o lo han operado? Si respondió Sí, ¿por qué?		
¿Ha tenido varicela su hijo? Si respondió Sí, Edad _____ años.		

¿Alguno de los familiares, vivos o fallecidos, ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Asma				
Diabetes Mellitus				
Ataque cardíaco o derrame cerebral antes de los 45 años				
Colesterol alto				
Fumar tabaco, cigarrillos/cigarros				
Otra:				

¿Con quién vive el niño la mayor parte del tiempo? Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan:				
Ambos padres	Solo la madre	Solo el padre	Madrastra	Padrastra
Abuelos/ Otro familiar adulto:	Hermanas y Hermanos: Edades _____	Otros hijos: Edades _____	Padre/madre de crianza temporal	Otros Tutor

En el último año, ¿ha habido cambios en su familia? Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan:				
Matrimonio	Separación	Divorcio	Pérdida de trabajo	Mudarse a un nuevo barrio
Nueva escuela	Nacimientos	Enfermedad grave	Muertes	Otros

Use el espacio en blanco abajo para informarnos cualquier preocupación que tenga sobre su hijo.

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York exige que hagamos las siguientes preguntas sobre el riesgo de tuberculosis y el riesgo de intoxicación por plomo.	No	Sí
¿Tuvo su hijo alguna vez tuberculosis o una prueba cutánea positiva para tuberculosis? Si respondió Sí, Edad _____ años		
¿Ha estado su hijo expuesto a alguna persona con tuberculosis (TB)? Si respondió Sí, ¿Cuándo? _____ ¿Quién? _____		
¿Tiene su hijo contacto cercano o vive con una persona que tiene una prueba cutánea de TB positiva? Si respondió Sí, ¿cuándo? _____ ¿Quién? _____		
¿Ha vivido su hijo en los Estados Unidos por menos de 5 años? Si respondió Sí: ¿Dónde? _____		
¿Ha viajado su hijo fuera de los EE. UU. durante más de un mes? Si respondió Sí, Edad _____ ¿A dónde? _____		
¿Ha viajado su hijo o ha usado productos (cerámica vidriada, remedios caseros, cosméticos, comidas o especias) importados de Haití, México, Pakistán, República Dominicana o Bangladesh?		

Siempre le informaremos si su hijo está muy enfermo y necesita dejar la escuela o buscar atención de urgencia. Infórmenos siempre si su información de contacto cambia. Haremos todo lo posible para informarle, ya sea llamándolo o enviándole una carta a su casa con su hijo.

Fecha de hoy (mm/dd/aa)

Nombre

Firma

Relación con el niño

(Marque si el niño está en crianza temporal ☐)