

# School-Based Health Center PROGRAM



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

Dr. King Magnet School	315-435-4031
Dr. Weeks School	315-435-4030
Delaware Elementary School	315-435-4452
W.S.A. at Blodgett School	315-435-6431
Fowler High School	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 o tutor:

## **Los servicios de atención médica primaria integral se ofrecen directamente a su hijo en la escuela.**

Syracuse Community Health Center, Inc. y Syracuse City School District ofrecen servicios de atención médica, dental y mental en la escuela de su hijo a través del programa *Centro de salud basado en la escuela*.

Puede acceder a una amplia gama de servicios de atención médica primaria, entre ellos:

- Exámenes y controles físicos (exámenes deportivos y para documentos de trabajo)
- Inmunizaciones
- 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 proporcionan sin costo adicional para usted, independientemente de que su hijo tenga cobertura de salud o no.** *No tiene que cambiar su proveedor de atención primaria y no recibirá NINGÚN tipo de sanción por inscribirse en el programa Centro de salud basado en la escuela.*

Un niño sano es la clave del aprendizaje y el crecimiento. Trabajamos para que el acceso a la salud sea lo más conveniente posible. Estamos convencidos de que ningún niño debería tener problemas académicos por carecer de atención médica.

Le invitamos a aprovechar las ventanas de este programa de atención médica para su hijo. Si su hijo está asegurado en este momento, no se requieren copagos; facturaremos el servicio a su compañía aseguradora. Si su hijo no tiene seguro, ayudaremos a determinar su elegibilidad para Child Health Plus. Si tiene un seguro, es importante que nos proporcione la información de seguro de su hijo en el momento de la inscripción, para que podamos facturar de forma correcta los servicios que proporciona el programa.

Sírvase llamar al número de teléfono de la escuela de su hijo que se indica arriba para hablar con el profesional de enfermería del Centro de salud basado en la escuela, o visite el sitio web en [www.schcnyc.com/sbhc](http://www.schcnyc.com/sbhc).

**Para que su hijo pueda participar en este programa, sírvase completar los formularios que le enviamos en el paquete y entréguelos en la escuela de su hijo.** Gracias por su tiempo. Esperamos poder resolver las necesidades de salud de su hijo.

Atentamente,

Mark Hall  
Interim President & CEO  
Syracuse Community Health Center

Atentamente,

Jaime Alicea  
Superintendent of  
Syracuse City School District





Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES EXIGIDO POR LA LEY HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar este formulario de consentimiento, nos otorga su autorización para utilizar y divulgar información de salud protegida sobre usted y/o su hijo, con el fin de realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, salvo las restricciones que se especifican a continuación y que hemos aceptado. *Información de salud protegida* es información identificable que creamos o recibimos, incluso información demográfica, relacionada con su salud física, dental o mental, con el fin de proporcionarle servicios de atención médica y para el cobro de pagos por la prestación de servicios médicos, dentales y/o de asesoramiento a su hijo o hijos.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad le proporciona información sobre cómo podemos utilizar y divulgar información de salud protegida sobre usted y/o su hijo. Tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento ante de firmarlo. Al firmar este formulario de consentimiento, reconoce que ha recibido/se le ha informado sobre nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*.

Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la forma en que utilizamos o divulgamos la información de salud protegida sobre usted y/o su hijo para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. *No estamos obligados a aceptar restricciones, pero si lo hacemos, estamos obligados por nuestro acuerdo.* Si desea establecer una restricción, solicite una copia de nuestro Formulario de solicitud de restricción.

Si no firma este formulario de consentimiento, tenemos derecho a negar el tratamiento, salvo que un profesional de salud certificado determine que su hijo necesita tratamiento de emergencia o si estamos obligados por la ley a tratar a su hijo. Estamos obligados a documentar todas las circunstancias en que no obtengamos su consentimiento pero igual suministremos un tratamiento. Si decide no firmar este formulario de consentimiento, le ofreceremos una copia del mismo.

Tiene derecho a anular este consentimiento por escrito, salvo para los casos en que ya hayamos efectuado divulgaciones de acuerdo con el consentimiento anterior. Puede solicitar utilizar nuestra Autorización de divulgación de información con el fin de solicitar la anulación o puede simplemente mandarnos una carta.

Entiendo que se pueden registrar fotografías, videocintas, imágenes digitales o de otro tipo para documentar la atención de mi hijo y autorizo dichas acciones. Las imágenes que me identifiquen se divulgarán y/o utilizarán fuera de la institución solamente con una autorización por escrito mía o de mi representante legal.

### INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE HEALTH E CONNECTIONS

Solicito que se pueda acceder a la información de salud relacionada con mi atención y tratamiento de la forma que se establece en este formulario. Puedo elegir permitir o no que **Syracuse Community Health Center** obtenga acceso a mis registros médicos a través de la organización de intercambio de información denominada **HealthConnections**. Si doy mi consentimiento, será posible acceder a los registros médicos de diferentes lugares donde recibo atención médica mediante una red informática de alcance estatal. **HealthConnections** es una organización sin fines de lucro que comparte de forma electrónica información sobre la salud de las personas y cumple las normas de privacidad y seguridad de la ley HIPAA y las leyes del estado de Nueva York. Para obtener más información y detalles completos del formulario de consentimiento, visite el sitio <http://healthconnections.org/who-we-serve/patients/> o solicite un formulario al profesional de enfermería de su escuela. Se puede acceder a mi información en caso de producirse una emergencia, salvo que complete este formulario y marque el casillero N.º 3, que establece que me niego a dar mi consentimiento *incluso* en caso de emergencia médica.

**La opción que elija NO afectará mi capacidad de recibir atención médica. La opción que elija en este formulario NO permite a los aseguradores de salud acceder a mi información con el fin de decidir si me proporcionan cobertura de seguro de salud o pagan mis facturas médicas.**

## ANTECEDENTES MÉDICOS BÁSICOS

<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>	<b>FECHA DE NAC. (mm/dd/aaaa)</b>	<b>GRADO</b>	<b>ESCUELA</b>
------------------------	-----------------------------------	--------------	----------------

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

Alergias:	No	Sí
¿Tiene su hijo una alergia contra algún medicamento? <b>Si la respuesta es sí, indique cuál:</b>		
¿Tiene su hijo una alergia contra algún alimento? <b>Si la respuesta es sí, indique cuál:</b>		
Si la respuesta es sí, ¿tiene su hijo un Epi-pen?		
¿Tuvo su hijo algún problema de salud grave o crónico?	No	Sí
Asma		
Trastorno de déficit de atención		
Depresión o ansiedad ( <i>marque con un círculo una o ambas opciones, si la respuesta es sí</i> )		
Historial de soplo cardíaco		
Trastorno convulsivo		
Anemia falciforme		
Otro:		
¿Toma su hijo algún medicamento de forma regular? <b>Si la respuesta es sí, indique el o los nombres y las dosis.</b>		
¿Estuvo su hijo alguna vez internado en el hospital o tuvo alguna cirugía? <b>Si la respuesta es sí, indique por qué.</b>		
¿Tuvo su hijo alguna vez varicela? <b>Si la respuesta es sí, edad _____ años</b>		

¿Tuvo algún familiar, vivo o fallecido, alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan	Madre	Padre	Hermano(a)	Abuelo(a)
Asma				
Diabetes Mellitius				
Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular antes de los 45 años				
Colesterol alto				
Consumo de tabaco, cigarrillos, cigarros				
Otro:				

¿Con quién vive el niño la mayor parte del tiempo? Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:				
Ambos padres	Solo la madre	Solo el padre	Madrstra	Padrastrro
Abuelo(a) / Otro familiar adulto:	Hermanas y hermanos: Edades _____	Otros niños: Edades _____	Padre/madre de crianza	Otros tutores
Durante el último año, ¿hubo cambios en su familia? Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:				
Casamiento	Separación	Divorcio	Pérdida del empleo	Mudanza a un barrio nuevo
Escuela nueva	Nacimientos	Enfermedad grave	Muertes	Otro

**Use el espacio en blanco a continuación para comunicarnos cualquier inquietud que tenga acerca de su hijo.**

El Departamento de Salud del estado de Nueva York nos exige que le hagamos las siguientes preguntas para detectar riesgo de tuberculosos y de intoxicación por plomo.	No	Sí
¿Tuvo su hijo alguna vez tuberculosis o una prueba cutánea positiva de tuberculosis? <b>Si la respuesta es sí, edad _____ años.</b>		
¿Estuvo su hijo expuesto a alguna persona con tuberculosis? <b>Si la respuesta es sí, ¿Cuándo? _____</b> <b>¿Quién? _____</b>		
¿Tiene su hijo contacto estrecho o vive con una persona que tiene una prueba cutánea positiva de tuberculosis? <b>Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____</b> <b>¿Quién? _____</b>		
¿Ha vivido su hijo en los Estados Unidos de América durante menos de 5 años? <b>Si la respuesta es sí: ¿Dónde vivió antes? _____</b>		
¿Ha viajado su hijo fuera de los Estados Unidos de América durante más de un mes? Si la respuesta es sí, edad _____ <b>¿Dónde? _____</b>		
¿Ha su hijo viajado a, o utilizado productos (cerámica vidriada, remedios caseros, cosméticos, alimentos o especias) importados de Haití, México, Pakistán, la República Dominicana o Bangladesh?		

***Siempre le informaremos si su hijo está muy enfermo y debe dejar la escuela o recibir atención de urgencia. Sírvase informarnos siempre que cambie su información de contacto. Haremos nuestro mejor esfuerzo por informarlo, llamando por teléfono o enviándole una carta a través de su hijo.***

Fecha de hoy (mm/dd/aa)

Nombre

Firma

Relación con el niño

(Marque este casillero si el niño vive con una familia sustituta )