School-Based Health Center PROGRAM

Syracuse Community Health Center, Inc.

Syracuse City School District

http://www.schcny.com/sbhc

315-435-4452	Delaware Elementary School
315-435-4030	Dr. Weeks School
315-435-4102	Franklin Magnet School
315-435-4040	Grant Middle School
315-435-6266	H.W. Smith School
315-435-4410	PSLA @ Fowler High School
315-435-4031	STEAM @ Dr. King School
315-435-6431	STEM @ Blodgett School

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.schcny.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

School-Based Health Center PROGRAM

Nombre de la escuela:_____

Solo para uso interno N.° OSIS: _____ N.° de registro médico _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____
Nombre del estudiante: _____
Inicial del segundo nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Mes Día Año
Número de Seguro Social del estudiante: _____
Escuela del estudiante: _____

Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino Grado _____

Raza/etnia: ❑ Hispano/Latino ❑ Negro ❑ Blanco ❑ Indígena americano ❑ Asiático/Isleño del Pacífico ❑ Otra _____

Idioma preferido: _____
¿Tiene su hijo dificultades con el inglés? ❑ Sí ❑ No

Dirección del estudiante: _____
N.° Apto:_____ _____ _____ _____
Ciudad ***Estado*** *Código postal*

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre de la madre

Apellido: _____**Nombre:** _____**Fecha de nac.:** _____
Nombre del padre

Apellido: _____**Nombre:** _____**Fecha de nac.:** _____

Nombre del tutor legal, si corresponde
Apellido: _____**Nombre:** _____**Fecha de nac.:** _____
Relación del tutor legal con el estudiante
❑ Abuelo/la ❑ Tía o tío ❑ Otra: _____

Información de contacto del padre/madre/tutor
Teléfono de la casa: _____
Teléfono del trabajo: _____
Celular: _____
Correo electrónico: _____

Contacto adicional para emergencias
Nombre: _____
Relación con el estudiante: _____
Teléfono de la casa: _____**Teléfono del trabajo:** _____
Celular: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO

¿Tiene su hijo Medicaid?

❑ No ❑ Sí: N.° ID. de Medicaid_____

¿Tiene su hijo Child Health Plus?
❑ No ❑ Sí: N.° ID. de CHP_____

¿Qué plan de Medicaid/Child Health Plus tiene?
❑ UHC Community Plan ❑ Fidelis ❑ Molina ❑ Otro_____
¿Tiene el estudiante cobertura de salud a través del empleador de usted u otro tipo de seguro? ❑ No ❑ Sí Plan de salud: _____
ID. de miembro/número de póliza: _____
Número de teléfono del plan de salud _____

¿Tiene su hijo un seguro dental?
❑ No ❑ Sí Plan dental: _____
ID. de miembro/número de póliza: _____
Número de teléfono del plan de salud _____
¿Desea ser contactado por un representante de una organización comunitaria o un plan de seguro de salud para personas con bajos ingresos del estado de Nueva York?
❑ Sí ❑ No

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

¿Tiene el estudiante un médico regular? ❑ No ❑ Sí:
Nombre: _____
Tel.: _____
Dirección: _____

¿Tiene el estudiante un dentista regular? ❑ No ❑ Sí:
Nombre: _____
Tel.: _____
Dirección: _____

Indique la farmacia más conveniente para usted, para que podamos enviar las recetas por vía electrónica, si resulta necesario.

Nombre de la farmacia: _____
Dirección de la farmacia: _____
Tel. de la farmacia: _____

CUADRO 1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA. Firme las casillas 1, 2 y 3 para completar la inscripción.

He leído y entiendo los servicios que se prestan en los Centros de salud basados en la escuela y al firmar el presente documento, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de salud basado en la escuela de Syracuse Community Health Center (SCHC)**.** **NOTA**: La ley establece que no se requiere el consentimiento de los padres para efectuar exámenes obligatorios, prestar de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con la conducta sexual y prevención de embarazo y prestación de servicios cuando existe un riesgo para la salud del estudiante.
No se requiere el consentimiento de los padres en el caso de estudiantes que tengan 18 años de edad o más o que estén legalmente emancipados. Al firmar reconozco haber recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

X _____ _____ _____
Firma del padre/madre o tutor (o del estudiante, si tiene 18 años o más o si la ley lo permite de alguna otra forma) **Nombre en letra de imprenta** **Fecha**

CUADRO 2. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES EXIGIDO POR LA LEY HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

He leído y entiendo la divulgación de información de salud en la página 2 de este formulario. Al firmar, expreso mi consentimiento para la divulgación de información médica de la forma especificada.

X _____ _____ _____

Firma del padre/madre o tutor | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA** | **Fecha**

(o del estudiante, si tiene 18 años o más o si la ley lo permite de alguna otra forma)

CUADRO 3: ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO DE HEALTH E CONNECTIONS

Mi elección de consentimiento. He marcado UN CASILLERO a la izquierda de mi elección. Puedo llenar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar mi decisión en cualquier momento.

- ☐ AUTORIZO A SCHC a acceder a TODA mi información de salud electrónica a través de HealtheConnections, para la prestación de servicios de atención médica.
- ☐ NO AUTORIZO, SALVO EN UN CASO DE EMERGENCIA, A SCHC a acceder a mi información de salud electrónica a través de HealtheConnections.
- ☐ NO AUTORIZO a SCHC a acceder a mi información de salud electrónica a través de HealtheConnections para ningún fin, *ni siquiera en un caso de emergencia médica.*

X _____ _____ _____

Firma del padre/madre o tutor | **NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA** | **Fecha**

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica/dental/mental prestados por el personal del programa Centro de salud basado en la escuela de SCHC, incluso:

- Controles físicos completos (exámenes físicos obligatorios, exámenes deportivos y para documentos de trabajo)
- Primeros auxilios y evaluación de enfermedad aguda, recetas si resulta necesario
- Exámenes de laboratorio, si resulta necesario para detectar una enfermedad o infección
- Exámenes de audición, visión, escoliosis y presión arterial
- Inmunizaciones e inyecciones para alergias (por pedido de un alergista)
- Examen dental, tratamientos con flúor, profilaxis (limpiezas), selladores, radiografías, educación y asesoramiento
- Atención para problemas de la piel
- Asesoramiento de salud mental
- Educación de salud, nutrición y asesoramiento sobre peso
- Asesoramiento para problemas escolares y personales
- Derivación a atención externa (especialistas, asesores) para servicios no proporcionados en el Centro de salud basado en la escuela

Los servicios adicionales para adolescentes incluyen**:**

- Asesoramiento sobre abuso y prevención de consumo de alcohol y drogas, asesoramiento familiar
- Asesoramiento sobre la pubertad, presión de los pares, comunicación y responsabilidad en la toma de decisiones (según pautas)
- Asesoramiento sobre opciones para la prevención de embarazos, incluso abstinencia y anticoncepción, si resulta necesario o a pedido del padre, la madre o el tutor

Autorizo la divulgación de la información médica/dental/mental que resulte necesaria a la compañía aseguradora designada por mí, a los efectos de presentar reclamaciones y ordeno que todos los pagos de 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 divulgación de información médica por parte del PCP y hacia él y prácticas de atención médica especializada a menos que se especifique de otra manera. La información médica puede compartirse con el profesional de enfermería de Syracuse City School District y el personal afiliado cuando sea necesario y de conformidad a una necesidad demostrada de compartir información según lo autoriza la ley del estado de Nueva York.

Entiendo que se harán todos los esfuerzos posibles para contactarme antes de realizar cualquier tratamiento que requiera el consentimiento de los padres según las leyes del estado de Nueva York. La ley del estado de Nueva York no exige el consentimiento de los padres en el caso de tratamientos o asesoramiento sobre abuso de drogas o alcohol, asesoramiento sobre salud mental, enfermedades venéreas, embarazo o métodos anticonceptivos. El personal del programas Centro de salud basado en la escuela de SCHC considera que la participación de los padres es muy importante. Por lo tanto, el personal alentará a los estudiantes a que permitan la participación de sus padres o tutores en todas las actividades de asesoramiento y las decisiones de atención médica o dental.

School-Based Health Center PROGRAM

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 HealtheConnections. 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. HealtheConnections 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://healtheconnections.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.° 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

NOMBRE DEL NIÑO **FECHA DE NAC. (mm/dd/aaaa)** **GRADO** **ESCUELA**

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, <u>sírvase contestar las siguientes preguntas</u>.

Alergias:	**No**	**Sí**
¿Tiene su hijo una alergia contra algún medicamento? **Si la respuesta es sí, indique cuál:**		
¿Tiene su hijo una alergia contra algún alimento? **Si la respuesta es sí, indique cuál:**		
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 *(marque con un círculo una o ambas opciones, si la respuesta es sí)*		
Historial de soplo cardíaco		
Trastorno convulsivo		
Anemia falciforme		
Otro:		
¿Toma su hijo algún medicamento de forma regular? **Si la respuesta es sí, indique el o los nombres y las dosis.**		
¿Estuvo su hijo alguna vez internado en el hospital o tuvo alguna cirugía? **Si la respuesta es sí, indique por qué.**		
¿Tuvo su hijo alguna vez varicela? **Si la respuesta es sí, edad _____ años _____**		

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? **Si la respuesta es sí, edad _____ años.**		
¿Estuvo su hijo expuesto a alguna persona con tuberculosis? **Si la respuesta es sí, ¿Cuándo?** _____ **¿Quién?** _____		
¿Tiene su hijo contacto estrecho o vive con una persona que tiene una prueba cutánea positiva de tuberculosis? **Si la respuesta es sí, ¿cuándo?** _____ **¿Quién?** _____		
¿Ha vivido su hijo en los Estados Unidos de América durante menos de 5 años? **Si la respuesta es sí: ¿Dónde vivió antes?** _____		
¿Ha viajado su hijo fuera de los Estados Unidos de América durante más de un mes? Si la respuesta es sí, edad _____ ¿Dónde? _____		
¿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?		

¿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 Melliitus				
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	Madrastra	Padrastro
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.

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 □)