



Community Healthcare Network
 Centro de salud escolar, sala 507
 Community Health Academy of the Heights

Estimados padres:

El centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés) de Community Healthcare Network brinda servicios de salud en el Community Health Academy of the Heights. Los servicios de salud que se enumeran a continuación se brindan **sin costo para usted**, incluso si su hijo/a no tiene seguro. El SBHC puede facturar al seguro. Sin embargo, a los padres o tutores **no se les cobrará** por ningún servicio. En el SBHC, su hijo/a puede obtener lo siguiente:

• Exámenes físicos escolares (chequeos)	• Certificado de aptitud física
• Medicamentos y análisis de laboratorio	• Servicios de salud reproductiva acordes a la edad
• Vacunas (inyecciones)	• Servicios de salud mental
• Tratamiento de problemas de salud	• Servicios de nutrición
• Tratamiento para emergencias o lesiones	• Servicio telefónico disponible fuera del horario de atención los 7 días de la semana

El SBHC de Community Healthcare Network que brinda servicios de salud en el Community Health Academy of the Heights no reemplaza al médico de su hijo/a ni cambia su seguro. Su hijo/a puede ver a su médico mientras recibe atención en nuestro centro de salud escolar.

Si desea que su hijo/a reciba servicios en el SBHC de Community Healthcare Network en CHAH:

1. Lea y complete el formulario de Consentimiento de los padres.
2. Haga que su hijo/a lleve el formulario firmado a la oficina del director de su escuela. También puede llevar el formulario al Centro de salud en la sala 507.

¡Esperamos con ansias conocerlo y ofrecerle servicios de salud para su hijo/a con nuestros profesionales certificados! Para obtener más información, visítenos o llame al 917-521-3130

de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atentamente,
 Centro de salud escolar de Phoenix

Angelina Almonte, Gerente del programa de SBHC
Stacy Cacciola, MD Directora de pediatría
Alison Martin, DO Senior Enfermera de familia profesional
Shelly Co, DO Profesional especializada en salud mental
Samantha Cohen, LMSW Magíster en trabajo social, terapeuta de salud mental

Robert Hayes
 Presidente/Director ejecutivo
 Community Healthcare Network

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Community Healthcare Network Centro De Salud Escolar
AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Proveedor de servicios de salud y domicilio (HCSP) 60 Madison Avenue, New York NY 10010
Escuelas incluidas) Community Health Academy of the Heights

Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <p align="center"><i>Mes Día Año</i></p> Dirección del estudiante: _____ _____ Correo electrónico del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____ **Número de seguro social del estudiante: _____ Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre : _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Si es tutor legal, relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____ Teléfono de casa : _____ Teléfono Celular:: _____
	Contacto Adicional Para Casos de Emergencia Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____
**Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro	

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
¿Tiene su hijo/a Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo/a Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health (HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Wellcare	¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____ Identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llames para ayudarlo a obtener un seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____

Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Community Healthcare Network (HCSP) Centro Escolar de Salud.
AVISO: Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

X _____
Firma del Padre/Tutor _____
Fecha

Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

X _____
Firma del Padre/Tutor _____
Fecha

POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

CAJA 1. SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de Community Healthcare Network (HCSP) como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

CAJA 2 :

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Community Healthcare Network (HCSP) Centro de Salud Escolar para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por

Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger las salud y las seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

Hasta: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

La salud de su hijo/a

Este informe indaga sobre la salud de su hijo/a. Nos ayudará a brindarle la mejor atención posible a su hijo/a. Complete este formulario y llévelo al Centro de Salud Escolar en el salón 507.

Su nombre: _____ Fecha de hoy: _____/_____/_____
Mes Día Año

Parentesco: _____

Información de su hijo/a

Nombre de su hijo/a: _____ Escuela: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Mes Día Año Edad: _____ Grado: _____

En el último año, ¿su hijo/a fue al:

médico?

dentista?

¿Su hijo/a toma algún medicamento, suplemento o hierba actualmente? Escríbalos. Escriba los que recibió del médico de su hijo/a y los que compra en la farmacia.

Medicamento	Motivo

Problemas de salud de su hijo/a

Marque los problemas de salud que tenga su hijo/a:

TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)

Asma

Varicela

Depresión u otros problemas de salud mental

Diabetes

Problemas cardíacos

Otros problemas: _____

Niveles altos de plomo

Discapacidad del aprendizaje

PPD positivo, tuberculosis, vacuna BCG

Fiebre reumática

Convulsiones o epilepsia

Problemas de salud familiares

Algunos problemas de salud son de familia. Marque los problemas que una persona de su familia, como madre, padre, hermano/a, abuelo/a o tío/a tenga o haya tenido. También escriba el parentesco de esa persona con su hijo/a.

Problema cardíaco

Parentesco con su hijo/a

Una enfermedad de la sangre o un derrame cerebral

Cáncer: tipo _____

Depresión u otros problemas de salud mental

Diabetes

Muerte temprana (antes de los 45 años)

Presión arterial alta, infarto u otro problema cardíaco _____

Otro problema: _____

¿Quién(es) vive(n) con su hijo/a? Puede marcar más de una opción.

Madre

Tutor(a)

Padre

Hermana

Madrastra

Hermano

Padrastro

Otro adulto: _____

En el último año, ¿se produjo alguno de estos cambios **en su** familia? Marque la casilla si alguien de la familia de su hijo/a:

Perdió el trabajo

Dio a luz

Se casó

Se enfermó de gravedad

Se separó

Murió

Se divorció

Cambió de escuela

Otro cambio de vida: _____

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el estilo de vida de su hijo/a?

¿Hay algo más que quiera contarnos sobre su hijo/a?

Para uso
EXCLUSIVO de la
clínica

Cuestionario recibido por: _____ el _____

Firma del proveedor

Fecha

Cita necesaria/otorgada (anotar fecha): _____