



Su hijo puede recibir servicios de salud de manera fácil y rápida a través del Centro de Salud Escolar de Community Healthcare Network

Estimado padre o tutor:

Nos complace informarle que la escuela de su hijo cuenta con un Centro de Salud Escolar (*School-Based Health Center*, SBHC). El SBHC cuenta con profesionales certificados de Community Healthcare Network.

Tenga en cuenta que su hijo puede usar los servicios del Centro de Salud Escolar y a la vez consultar con sus otros médicos. Firmar esta autorización no cambia el seguro médico de su hijo, ni cambia su médico primario y tampoco afecta la cantidad de veces que puede ver al médico primario.

En el Centro de Salud Escolar, su hijo puede recibir los servicios que se indican más abajo **sin costo alguno** e independientemente de si tiene o no seguro médico. Sin embargo, si su hijo tiene seguro médico, el SBHC tiene permitido facturar al seguro médico. **No hay copagos** por el uso de los servicios del SBHC y **usted nunca recibirá una factura**. Si su hijo tiene seguro médico, asegúrese de incluir los datos en la sección correspondiente del formulario de autorización adjunto.

Los servicios del Centro de Salud Escolar incluyen:

- Servicios de salud primarios
 - Exámenes físicos (incluye exámenes para actividades deportivas y documentos de trabajo)
 - Vacunas
 - Manejo de medicamentos con y sin receta
 - Pruebas de laboratorio
 - Examen de visión, asma y otras enfermedades
 - Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
 - Para adolescentes: Servicios de salud reproductiva adecuados para la edad del estudiante
- Educación sobre la salud
- Consejería de salud mental
- Servicios dentales (donde estén disponibles)
- Visitas médicas virtuales (donde estén disponibles)

Escanee aquí para completar este formulario en línea.



El Centro de Salud Escolar está ubicado en el salón 507 de la escuela de su hijo, y presta servicio todos los días en que haya clases, de 8:00 am – 4:00 pm. Durante los fines de semana y después del horario habitual, tendrá acceso a un médico de turno.

Para inscribir a su hijo, **lea, complete, y firme** el formulario de inscripción adjunto. Usted o su hijo pueden devolver el formulario en el Centro de Salud Escolar en el salón 507. Si tiene preguntas, llámenos al **917-521-3130**.

Nos dará muchísimo gusto conocerlos y proporcionarles servicios de salud a su hijo.

Atentamente,

Robert Hayes
President/CEO
Community Healthcare Network

Community Health Academy of the Heights
David Falciani, Principal
Amir Tusher- Assistant Principal- Operations
Natalie Martinez- Assistant Principal- Culture & Climate



THIS PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

Community Healthcare Network School Based Health Center Parental Consent

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR CASILLA 1

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios médicos proporcionados por profesionales de la salud con certificación del Estado de **Community Healthcare Network** (HCSP) como parte del programa de salud de la escuela, el cual fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en las áreas específicas de servicio que establece la ley, y que se exhortará a los estudiantes a que involucren a sus padres o tutores en las decisiones de cuidado médico y orientación. Los servicios del Centro de Salud Escolar pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, entre ellos exámenes de vista, audición, asma, obesidad, escoliosis y otros problemas de salud, primeros auxilios y las vacunas requeridas y recomendadas (las vacunas necesitan un permiso adicional).
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, actividades deportivas, documentación para obtener empleo y nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio por indicación médica para enfermedades como anemia, anemia falciforme 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 referido.
6. **Para estudiantes adolescentes:** Servicios de cuidado médico relacionados con la reproducción, incluyendo orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección Depo, LARC y otros métodos aprobados por la FDA), pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de VIH y referidos, de acuerdo con la edad e indicación médica.
7. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como el consumo de tabaco, drogas o alcohol; educación relacionada con la abstinencia de relaciones sexuales y la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y el VIH, de acuerdo con la edad e indicación médica.
8. Examen de salud oral y tratamiento con flúor, donde estén disponibles.
9. Referidos para servicios no proporcionados por el Centro de Salud Escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual sobre salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK CASILLA 2 AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información sobre salud según se especifica más abajo. Las leyes federales y estatales de privacidad podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este documento, autorizo la divulgación de información de salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, tal como se indica más abajo, ya sea porque lo ordena la ley o por disposición del canciller o porque sea necesario para proteger la salud y el bienestar 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. Negarse a proporcionar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

He aclarado las preguntas que tenía sobre este formulario. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información de salud de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro de Salud Escolar. 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 Centro de Salud Escolar Community Healthcare Network (HCSP) a divulgar información médica específica con el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York del estudiante mencionado en el reverso de la página.

Autorizo al Centro de Salud Escolar a divulgarle al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (y viceversa) la información médica descrita más abajo, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo. Comprendo que esta información será confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad.

Comprendo que la información que se le divulgará al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York ya sea para cumplir con los requisitos legales o para garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo, podría incluir, entre otros, lo siguiente:

Examen físico integral (Formulario CH-205 o su equivalente)
Vacunas (obligatorias/recomendadas)
Resultados de exámenes de visión y audición

Cualquier otra información que se considere necesaria para proteger la salud o el bienestar del estudiante

Diagnóstico de enfermedades crónicas (incluyendo el formulario para la administración de medicamentos o el formulario de administración de medicamentos para la diabetes)
Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante

Información requerida para completar un informe de incidente o un formulario de la Oficina de Salud Escolar para la comunicación del director escolar con el Sistema de Reporte de Incidentes por Internet (*Online Occurrence Reporting System, OORS*)

Diagnóstico de ciertas enfermedades infecciosas (**NO incluye datos sobre la infección por VIH o enfermedades de transmisión sexual**)

Enfermedades que requieran transporte al departamento de emergencias de un hospital

Documentos del Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program, IEP*)

Cobertura del seguro médico
Inscripción en el Centro de Salud Escolar

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

De: Fecha en que se firma el formulario en el reverso de la página

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

AVISO: Este formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar fue aprobado por el DOE / la OSH.

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): _____