



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

Dr. King Magnet School	315-435-4031
Dr. Weeks School	315-435-4030
Delaware Elementary School	315-435-4452
West Side Accademy en 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 integrales de atención médica primaria se ofrecen directamente a sus hijos en la escuela.

El centro Syracuse Community Health Center, Inc. (SCHC) y el Distrito Escolar de la Ciudad de Syracuse ofrecen servicios médicos, dentales y de salud mental en la escuela de su hijo a través del programa *School Based Health Center*.

Se encuentra disponible una variedad completa de servicios de atención médica primaria, entre los que se incluyen los siguientes:

- exámenes físicos y chequeos (exámenes de aptitud para deportes y trabajo);
- vacunas;
- servicios dentales, limpiezas, sellantes, tratamientos y radiografías;
- salud mental;
- tratamiento de enfermedades graves y urgentes o de lesiones leves.

Lo mejor de todo es que estos servicios se prestarán sin ningún costo para usted, independientemente de que su hijo tenga cobertura médica o no. *No es necesario que cambie de proveedor de atención primaria y no será penalizado de NINGUNA MANERA por inscribirse en el programa School Based Health Center.*

Para poder aprender y crecer es fundamental que el niño esté sano. Estamos haciendo que el acceso a la atención médica sea lo más conveniente posible. Creemos firmemente que ningún niño debe experimentar dificultades académicas debido a la falta de atención médica.

Le recomendamos que aproveche este programa de atención médica para niños. Si su hijo está asegurado actualmente, no se requiere un copago; le cobraremos a su compañía de seguros por el servicio. Si su hijo no está asegurado, lo ayudaremos a determinar su elegibilidad para el programa Child Health Plus. Si tiene seguro, es importante que nos proporcione la información del seguro de su hijo en el momento de la inscripción para que podamos facturar apropiadamente los servicios proporcionados por el programa.

Llame a la escuela de su hijo para hablar con la enfermera profesional del *School Based Health Center* al número que aparece más arriba o visite nuestro sitio web en www.schcnyc.com/sbhc.

Antes de que su hijo pueda participar, complete los formularios que se encuentran dentro del paquete adjunto y devuélvalos a la escuela de su hijo. Gracias por su tiempo. Esperamos poder satisfacer las necesidades de atención médica de su hijo.



Para uso de la oficina únicamente N.º de OSIS: _____	N.º de registro médico: _____
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL TUTOR
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <small style="margin-left: 40px;">Mes Día Año</small> Número del Seguro Social del estudiante: _____ Escuela del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____ Raza/origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ Idioma preferido: _____ ¿Su hijo tiene dificultades con el inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección del alumno: _____ N.º de dpto.: _____ <small style="margin-left: 100px;">Ciudad Estado Código</small> <i>postal</i>	Información de la madre Apellido: _____ Nombre: _____ Fec. nac.: _____ Información del padre Apellido: _____ Nombre: _____ Fec. nac.: _____ Información del tutor legal (si corresponde) Apellido: _____ Nombre: _____ Fec. nac.: _____ Vínculo del tutor legal con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía o tío <input type="checkbox"/> Otro: _____ Información de contacto para el padre, la madre o el tutor Tel. particular: _____ Tel. laboral: _____ Tel. móvil: _____ Correo electrónico: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Vínculo con el estudiante: _____ Tel. particular: _____ Tel. laboral: _____ Tel. móvil: _____
INFORMACIÓN DEL SEGURO INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR	
¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Su hijo tiene 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"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿El estudiante tiene cobertura médica a través de su empleador o cualquier otro tipo de seguro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, plan de salud: _____ Identificación del miembro/número de póliza: _____ Número de teléfono del plan de salud: _____ ¿Su hijo tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, plan dental: _____ Identificación del miembro/número de póliza: _____ Número de teléfono del plan de salud: _____ ¿Le gustaría que se comunique con usted un representante de una organización comunitaria o de un plan de seguro de salud para personas de bajos recursos aprobado por el estado de Nueva York? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El estudiante tiene un médico de cabecera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Nombre: _____ Tel.: _____ Dirección: _____ ¿El estudiante tiene un odontólogo de cabecera? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Nombre: _____ Tel.: _____ Dirección: _____ Indique la farmacia que le resulte conveniente, para que podamos enviar las recetas necesarias de manera electrónica. Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Tel. de la farmacia: _____
SECCIÓN 1: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DEL SCHOOL BASED HEALTH CENTER. Firme las secciones 1 y 2 para completar la inscripción	
He leído y entiendo cuáles son los servicios prestados en los School-Based Health Centers, y mi firma otorga consentimiento para que mi hijo reciba los servicios prestados por el School-Based Health Center del SCHC. NOTA: Por ley, el consentimiento de los padres no es necesario para la realización de exámenes obligatorios, la aplicación del tratamiento de primeros auxilios, la atención prenatal, los servicios relacionados con la conducta sexual y la prevención del embarazo ni para la prestación de servicios cuando la salud del estudiante pudiera estar en peligro. El consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes mayores de 18 años ni para los estudiantes que son padres o que están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del <i>Aviso de prácticas de privacidad</i> . X _____ Firma del padre, de la madre o del tutor (o del estudiante si es mayor de 18 años, o si está permitido por la ley) Aclaración Fecha	
SECCIÓN 2: CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES EN CONFORMIDAD CON LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA	
He leído y entiendo la divulgación de la información médica en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica como se especifica. X _____ Firma del padre, de la madre o del tutor ACLARACIÓN Fecha (o del estudiante si es mayor de 18 años, o si está permitido por la ley)	
SECCIÓN 3: ELECCIÓN DE CONSENTIMIENTO DE HEALTH E CONNECTIONS	

Mi elección de consentimiento. He marcado UNA casilla a la izquierda de mi elección. Puedo completar este formulario ahora o en el futuro. También puedo cambiar de opinión en cualquier momento.

- DOY MI CONSENTIMIENTO para que el SCHC acceda a TODA mi información médica en formato electrónico a través de HealthConnections para brindarme servicios de atención médica.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO, EXCEPTO EN UNA EMERGENCIA MÉDICA, para que el SCHC acceda a mi información médica en formato electrónico a través de HealthConnections.
- NO DOY MI CONSENTIMIENTO para que el SCHC acceda a mi información médica en formato electrónico a través de HealthConnections para ningún propósito, *aun cuando se trate de una emergencia médica.*

X

Firma del padre, de la madre o del tutor

ACLARACIÓN

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DEL SCHOOL BASED HEALTH CENTER

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios médicos/dentales/de salud mental por parte del personal del programa School Based Health Center del SCHC, incluidos los siguientes:

- chequeos físicos completos (exámenes físicos obligatorios, exámenes físicos deportivos, documentos de trabajo);
- primeros auxilios y evaluación de una enfermedad grave, y recetas cuando sea necesario;
- pruebas de laboratorio, cuando sea necesario, para detectar una enfermedad o una infección;
- exámenes de audición y de la vista, evaluación de escoliosis y control de la presión arterial;
- vacunas e inyecciones contra alergias (por orden de un alergista);
- exámenes dentales, tratamientos con flúor, profilaxis (limpiezas), selladores, radiografías, instrucción y asesoramiento;
- cuidado de los problemas de la piel;
- asesoramiento sobre salud mental;
- educación para la salud, y asesoramiento sobre nutrición y peso;
- asesoramiento sobre problemas escolares y personales;
- derivación a entidades externas (especialistas, asesores, etc.) para recibir los servicios no prestados en el School Based Health Center.

Los servicios adicionales que se ofrecen para adolescentes incluyen los siguientes:

- asesoramiento preventivo sobre el abuso de drogas y alcohol, asesoramiento familiar;
- asesoramiento sobre la pubertad, la presión entre pares, la comunicación y la toma de decisiones responsable (de acuerdo con las pautas);
- opciones de asesoramiento sobre la prevención del embarazo, incluida la abstinencia y los métodos anticonceptivos, cuando sea necesario o a petición del padre, de la madre o del tutor;

Autorizo la divulgación de la información médica/dental/de salud mental necesaria a mi compañía de seguros designada para reclamaciones, e indico que se envíen los pagos de seguro a Syracuse Community Health Center, Inc.

Si el proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)/dentista de mi hijo no está afiliado al SCHC, autorizo la divulgación de la información médica al PCP de mi hijo (otorgada en el formulario de registro del School Based Health Center), a menos que se especifique lo contrario.

Entiendo que harán todo lo posible para comunicarse conmigo antes de cualquier tratamiento que requiera el consentimiento de los padres, de acuerdo con la ley del estado de Nueva York. La ley del estado de Nueva York no requiere el consentimiento de los padres para el tratamiento o la orientación debido al abuso de alcohol o drogas, el asesoramiento sobre salud mental, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo o los métodos anticonceptivos. El personal de los programas School Based Health Center del SCHC considera que la participación de los padres es muy importante. Por consiguiente, el personal animará a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en todas las decisiones de asesoramiento y de atención médica o dental.

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES EN CONFORMIDAD CON LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar este *Formulario de consentimiento*, usted nos autoriza a usar y divulgar información médica protegida sobre usted o su hijo para las operaciones de tratamiento, pago y atención médica, excepto por las restricciones especificadas a continuación, las cuales hemos aceptado. La *información médica protegida* es información personal que permite identificarlo y que creamos o recibimos, incluida la información demográfica relacionada con su salud física, dental o mental, con la prestación de servicios de atención médica a usted y la recaudación de pagos por proporcionarle servicios médicos/dentales/de asesoramiento a usted o a su hijo.

Nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* ofrece información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted o su hijo. Usted tiene el derecho de recibir una copia antes de firmar este *Formulario de consentimiento*. Al firmar este formulario de consentimiento, usted reconoce que ha recibido/ha sido informado de nuestro *Aviso de prácticas de privacidad*.

Usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos la manera en la que la información médica protegida sobre usted o su hijo es usada o divulgada para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. *No estamos obligados a aceptar ninguna restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados en virtud de nuestro acuerdo.* Si desea establecer una restricción, solicite una copia de nuestro *Formulario para solicitar una restricción*.

Si usted no firma este *Formulario de consentimiento*, tenemos el derecho de rechazarle el tratamiento, a menos que un profesional de la salud con licencia haya determinado que usted o su hijo requiere tratamiento de emergencia o que la ley nos obligue a tratarlo a usted o a su hijo. Estamos obligados a documentar toda circunstancia en la que no obtengamos su consentimiento, pero que sí realicemos el tratamiento. Le ofreceremos una copia de este documento si decide no firmar este *Formulario de consentimiento*.

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando ya hemos hecho divulgaciones sobre la base de su consentimiento previo. Usted puede solicitar usar nuestro *Formulario de autorización para divulgación de información* con el propósito de solicitar su revocación, o simplemente puede enviarnos una carta por escrito.

Entiendo que es posible que se registren fotografías, videos, imágenes digitales u otras imágenes para documentar la atención de mi hijo, y doy mi consentimiento respecto de esto. Las imágenes que me identifiquen serán divulgadas o utilizadas fuera de la institución solo con mi autorización por escrito o con la de mi representante legal.

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE HEALTH E CONNECTIONS

Solicito que se pueda acceder a la información médica relacionada con mi cuidado y tratamiento según lo establecido en este formulario. Puedo elegir permitir o no al **Syracuse Community Health Center** obtener acceso a mis expedientes médicos a través de la organización de intercambio de información médica llamada **HealthConnections**. Si doy mi consentimiento, se podrá acceder a mis expedientes médicos de los diferentes lugares donde recibo atención médica a través de una red informática estatal. **HealthConnections** es una organización sin fines de lucro que comparte información sobre la salud de las personas electrónicamente; además, cumple con los estándares de privacidad y seguridad de la HIPAA y de la ley del estado de Nueva York. Para obtener más información, visite <http://healthconnections.org/>. Se puede

tener acceso a mi información en caso de una emergencia, a menos que complete este formulario y marque la sección n.º 3, en la que niego mi consentimiento *aun cuando* se trate de una emergencia médica.

Mi elección NO afectará mi capacidad para recibir atención médica. La elección que hago en este formulario NO permite a las aseguradoras de salud tener acceso a mi información con el propósito de decidir si me proporcionarán cobertura de seguro médico o si pagarán mis cuentas médicas.

ANTECEDENTES MÉDICOS BÁSICOS

NOMBRE DEL NIÑO	FEC. NAC. (mm/dd/aaaa)	GRADO	ESCUELA
------------------------	-------------------------------	--------------	----------------

Estimado padre, madre o tutor: La salud de su hijo es importante para nosotros. Para entender mejor las necesidades de atención médica de su hijo para el cuidado continuo y en caso de una emergencia, conteste las siguientes preguntas.

Alergias:	No	Sí
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, especificar:		
¿Su hijo es alérgico a algún alimento? En caso afirmativo, especificar:		
En caso afirmativo, ¿el niño tiene un EpiPen (autoinyector de epinefrina)?		
¿Su hijo ha tenido algún problema de salud grave o crónico?	No	Sí
Asma		
Trastorno del déficit de atención		
Depresión o ansiedad (<i>marque uno o ambos en caso afirmativo</i>)		
Antecedentes de soplo cardíaco		
Trastorno convulsivo		
Anemia falciforme		
Otro:		
¿Su hijo toma medicamentos con regularidad? En caso afirmativo, especificar los nombres y regímenes		
¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o ha sido operado? En caso afirmativo, ¿para qué?		
¿Su hijo ha tenido alguna vez varicela? En caso afirmativo, edad _____ años.		

¿Alguno de los miembros de la familia, vivos o fallecidos, tuvo alguno de los siguientes problemas? Marcar todas las opciones que correspondan	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Asma				
Diabetes mellitus				
Ataque cardíaco o derrame cerebral antes de los 45 años				
Colesterol alto				
Tabaquismo (cigarrillos/puros)				
Otro:				

¿Con quién vive el niño la mayor parte del tiempo? Marcar con un círculo todas las opciones que correspondan:				
Ambos padres	Madre únicamente	Padre únicamente	Madrstra	Padrastrro
Abuelo/a u otro familiar adulto:	Hermanas y hermanos: Edades _____	Otros niños: Edades _____	Padres adoptivos	Otro tutor
En el último año, ¿ha habido algún cambio en su familia? Marcar con un círculo todas las opciones que correspondan:				
Casamiento	Separación	Divorcio	Pérdida de empleo	Mudanza a un nuevo vecindario
Nueva escuela	Nacimientos	Enfermedad grave	Muertes	Otro

Siempre le informaremos si su hijo está muy enfermo y si necesita salir de la escuela o requiere atención de urgencia. Avisenos siempre que su información de contacto cambie.

Si su hijo viene al School-Based Health Center con dolor leve u otros síntomas leves, le administraremos uno de los siguientes medicamentos de venta libre, a menos que su hijo tenga una alergia específica.

Haremos nuestro mejor esfuerzo para informarle, ya sea por teléfono o mediante una carta que le enviaremos con su hijo.

Paracetamol (Tylenol) o ibuprofeno (Motrin) para el alivio del dolor, como el dolor de cabeza o menstrual
Maalox para el dolor de estómago o las náuseas
Loratadina (Claritin) para las alergias estacionales

Si no desea que su hijo reciba medicamentos de venta libre sin hablar primero con el proveedor médico, marque la casilla de abajo. Si marca esta casilla y no podemos comunicarnos con usted por teléfono, el niño no recibirá tratamiento y volverá a la clase.

El Departamento de Salud del estado de Nueva York nos solicita que hagamos las siguientes preguntas sobre el riesgo de tuberculosis y el riesgo de intoxicación por plomo.	No	Sí
¿Su hijo alguna vez ha tenido tuberculosis o resultados positivos en una prueba cutánea de tuberculosis? En caso afirmativo, edad _____ años		
¿Su hijo ha estado expuesto a alguna persona con tuberculosis (TB)? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿a quién? _____		
¿Su hijo tiene contacto cercano o vive con una persona cuyos resultados de una prueba cutánea de TB sean positivos? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ ¿con quién? _____		
¿Su hijo ha vivido en los Estados Unidos durante menos de 5 años? En caso afirmativo, ¿dónde? _____		
¿Su hijo viajó fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? En caso afirmativo, edad _____ ¿Dónde? _____		
¿Su hijo ha viajado a Haití, México, Pakistán, República Dominicana o Bangladesh, o bien ha usado productos (cerámica esmaltada, remedios caseros, cosméticos, comidas o especias) importados de estos países?		

Fecha de hoy (mm/dd/aa)

Nombre

Firma

Vínculo con el niño

(Marcar si el niño se encuentra bajo cuidado tutelar)