

Bienvenido al Programa

Año Escolar 2018-2019
Efectivo: August 1, 2018

Estimado padre o Guardian

Bienvenido a los Centros de Salud Escolares Dr. Robert E. Appleby, programa de Human Services Council. Como estudiante en una de las escuelas secundarias de Norwalk (high school y/o middle school) con un centro de salud en el lugar, su hijo tiene la oportunidad de aprovechar nuestros servicios de salud física y/o mental. Nuestro objetivo es mantener a los estudiantes alegres, en el aula y listos para aprender.

¿Por qué usar el Centro de Salud Escolar?

Ofrecemos fácil acceso a atención médica, física y mental de alta calidad, en un ambiente amigable, y en un momento conveniente, sin costo para su familia. Nuestros proveedores incluyen pediatras certificados, enfermeras practicantes (APRN) y un psiquiatra adolescente que dirige un equipo de consejeros de salud mental con licencia. Los estudiantes y los padres también parte del equipo. Nuestro personal de enlace se asociará con usted para conectarse con la atención que necesita

No hay ningún requisito para transferir la atención de su proveedor primaria (PCP).

Los servicios de salud mental y física que proveemos incluyen:

- El diagnóstico / tratamiento de enfermedades crónicas y agudas
- Los exámenes físicos integrales
- Inmunizaciones
- Exámenes de Salud
- Pruebas de laboratorio básicas
- Educación para la Salud y Consejera de Salud
- Terapia individual, de grupo y familiar
- Intervención de crisis
- Apoyo a la Transición de la escuela
- Apoyo con habilidades sociales
- Apoyo a problemas en la transición
- ADHD/ADD
- Intervención de crisis
- Control de la ira
- Alcohol y Abuso de Sustancias Controladas
- Ansiedad / Gestión del Estrés
- Cuestiones de salud reproductiva: Proyecciones, tratamiento, prescribiendo
- Control de Peso y Nutrición Consejera
- Remisión y Seguimiento a las especialistas médicos, proveedores de la comunidad, organismos y Hospitales
- La prescripción, administración de medicamentos (incluyendo medicamentos psiquiátricos)
- Psicoterapia, Psiquiatría, y Evaluación de Medicamentos

¿Cómo participar?

Complete y firme tanto el formulario de consentimiento adjunto como el formulario de historial médico. Devuelva los formularios al Centro de Salud Escolar en la escuela de su hijo. Si tiene seguro de salud, incluya una copia de su tarjeta de seguro. Si no tiene seguro de salud o si su seguro de salud no cubre nuestros servicios, no habrá ningún cargo para usted.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra directora de programa, Ellen Carroll, a HSC 203-849-1111 x3003.

El personal y yo esperamos con interés trabajar con usted y su hijo. Estudiantes saludables son mejores estudiantes.

Aviso de privacidad

La ley exige que los Centros de Salud Escolares Dr. E. Appleby de HSC protejan ciertos aspectos de su información médica conocida como Protected Health Information (PHI) y exige que les avisemos de nuestras Prácticas de privacidad.

Respetamos la privacidad de nuestros pacientes. Nuestro personal trata toda la información de atención médica con cuidado bajo estrictas políticas de confidencialidad en todo momento.

La siguiente página describe sus derechos legales, le informa sobre nuestras prácticas de privacidad y le informa cómo HSC-SBHC puede usar y divulgar su PHI.

**Aviso de privacidad
(continuado)**

Usamos y divulgamos información personal de salud de muchas maneras

- **Usamos y divulgamos PHI de muchas maneras.** Para el tratamiento esto incluye información verbal y escrita que obtenemos sobre usted y el uso relacionado con las condiciones médicas y el tratamiento proporcionado por nosotros y otros del personal médico(incluidos médicos y enfermeras que dan órdenes para tratamiento). También podemos compartir PHI para coordinar los diferentes servicios que necesita: recetas, análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico. También podemos divulgar su PHI a personas que puedan estar involucradas en el cuidado de su salud y su atención médica, como miembros de la familia, etc.
- **Para el pago.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y los servicios que reciba en el SPHC puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado en su nombre por una compañía de seguros o un tercero.
- **Para las operaciones de atención médica.** Esto incluye actividades de aseguramiento de la calidad, licencias y programas de capacitación para garantizar que el personal cumpla con nuestros estándares de atención y establecer políticas y procedimientos, creando registros / informes que no lo identifiquen individualmente para fines de recopilación de datos.

Uso y divulgación de PHI sin su autorización HSC-SBHC tiene permitido usar PHI sin su autorización por escrito u oportunidad de objetar en ciertas situaciones, incluyendo:

- Para el uso de HSC-SBHC para tratarlo bien para obtener el pago por los servicios prestados a usted u otras operaciones de atención médica;
- Para las actividades de tratamiento de otro proveedor de atención médica;
- A otro proveedor o entidad de atención médica para las actividades de pago del proveedor o entidad que recibe información, (como su compañía de seguros);
- A otro proveedor de servicios médicos (como el hospital al cual se le transporta) para las actividades de operaciones de atención médica de la entidad cubierta que recibió información siempre que la entidad cubierta que recibe la información tenga o haya tenido relación con usted y el PHI pertenezca a ese relación;
- Para detección de fraude y abuso de atención médica o cuando sea requerido por ley federal, estatal o local;
- Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.

Sus derechos con respecto a su información médica. Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho para inspeccionar y copiar registros médicos y de facturación.** Esto no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar información médica, debe enviar su solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos asociados con su solicitud. Podemos negar su pedido de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. HSC le proporcionará una denegación por escrito; especificando la base legal para la denegación, una declaración de sus tarifas y una descripción de cómo puede presentar una queja con nosotros.
- **Derecho para enmendar.** Usted tiene derecho a solicitar una modificación de su PHI siempre que HSC mantenga un registro designado. Su solicitud debe ser por escrito, indicando el motivo que respalda su solicitud, podemos denegar la solicitud si nos solicita modificar información que no hemos creado; no es parte de la información médica guardada por o para el SBHC; no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o es preciso y complete.
- **Derecho a un informe de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar un "informe de divulgaciones". Esta es una lista de las divulgaciones que hicimos de información médica sobre usted, excluyendo las divulgaciones con el propósito de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esta solicitud debe enviarse por escrito al administrador, incluido el tiempo solicitado.
- **Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar por escrito, una restricción o limitación sobre la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Esto incluye un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que está involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado como un miembro de la familia.
- **Derecho a solicitar comunicación confidencial.** Tiene derecho a solicitar, por escrito, que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Su solicitud debe incluir cómo y dónde desea que lo contactemos. Si no nos dice cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted, no tenemos que seguir su solicitud.
- **Derecho a una copia en papel de este aviso.** Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso.
- **Derecho a infringir la notificación.** Usted tiene derecho a ser notificado de cualquier incumplimiento de su cuidado de la salud de información no segura.

Otros Usos de la Información Médica

Para todos los demás usos y divulgaciones de información que no figuran en este aviso de prácticas de privacidad, no se divulgará sin su autorización. Si nos proporciona permiso para divulgar PHI sobre usted, puede revocar dicho permiso por escrito en cualquier momento.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar su queja por escrito a HSC:
Ellen Carroll, Program Director
Dr. Robert E Appleby School Based Health Centers
Human Services Council, One Park Street, Norwalk CT 06851

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho de modificar o revisar este aviso en cualquier momento. El aviso revisado o enmendado puede ser efectivo para todos los proveedores de PHI HSC, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del aviso actual en nuestra oficina que contendrá la fecha de vigencia.

Formulario

Año Escolar 2018-2019
Efectivo: August 1, 2018

Información Alumno/
Paciente

Apellido _____ Primer _____ Sexo: M ____ F ____ F.D.N. _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de la casa _____ Numero de Celular _____ Numero de tratejo _____

Con quien vive el estudiante? Madre ____ Padre ____ Hermosos (#) ____ Otro (explain) _____ Numero de personas viviendo en la casa _____

Raza del estudiante (Por lineamientos federales de OMB) _____ Etnicidad (Por lineamientos federales de OMB) _____

____ AmIndian/Nativo de Alask _____ Blanco _____

____ Asiatico ____ Negro _____ Grupo étnico :Hispano-Latino(a) ____ Si ____ No

____ Native de Hawai o las islas del Pacífico Si la raza del estudiante no esta en la lista anterior, por favor escribala aqui _____

¿Quien es el doctor de su hijo(a)? _____ Teléfono _____

¿A dónde va el estudiante para la atención primaria? _____

____ Community Health Center _____ Clínica Militar _____ Móvil Van
____ Sala de emergencias _____ Doctor privado _____ Ninguna
____ Clínica del Departamento de Salud _____ Clínica de Salud Escolar _____ Otro
____ Clínica del Hospital / ambulatorio _____ Clínica de urgencias _____

Por favor, indique su relación con el estudiante: Guardián ____ Otro _____

¿Su hijo recibe gratis o alimentación reducido ____ Si ____ No

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Teléfono _____ Relacion _____

Contacto de Emergencia (si es diferente de arriba) _____ Teléfono _____ Relacion _____

¿El niño tiene Medicaid? ____ Si ____ No Numero de Medicaid _____

Nombre de la compañía: _____ # de Grupo _____ # de Poliza _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de nacimiento del Asegurado ____ Fecha efectiva de cobertura _____

Por favor complete la información completa en el anverso y reverso de la registracion. Debe de firmas e incluir la fecha para recibir los servicios de los Centros de Salud en las Escuelas, Dr. Robert E. Appleby. Si estudiante es mayor de 18 añosm el/ella puede firmar su propio formulario de registracion.

Firma de Permiso

Doy permiso para que el estudiante identificado en esta solicitud obtenga servicios en los Centros de Salud Basado en las Escuelas Robert E. Appleby (REASBHC), mientras que el/ ella este(a) en la escuela. El permiso se mantendra valido a menos que lo retire, o si mi hijo/a deja de asistir a las Escuelas Publicas de Norwalk.

Nombre del estudiante (Imprimir) _____ M ____ F ____ Fecha de nacimiento _____

Mi firma a continuación indica que he leído el paquete de información que describe los servicios de los Centros de Salud Escolares y he recibido el aviso de la política de privacidad(adjunta). Por la presente doy permiso para que el estudiante mencionado arriba obtenga los servicios ofrecidos en el SBHC mientras están en la escuela. Doy permiso para el intercambio de información relevante de salud y seguridad entre la agencia SBHC y el personal escolar apropiado involucrado en la atención general de los estudiantes nombrados en los límites y requisitos de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA), Public Law 104-191, el aviso de privacidad adjunto The family Educational Rights and privacy act (FERPA)(20U.S.C SPECIALCHARACTER 1232g; 34 CFR Part 99). El objetivo de este proceso será para ayudar a mantener la salud y la seguridad en las escuelas y para coordinar mi cuidado infantil. En el caso de que el estudiante sea remitido al Hospital de Norwalk para una valoración y / o tratamiento, doy permiso al personal del hospital de Norwalk para que divulgue información de tratamiento relacionada a los centros de salud basados en la escuela del doctor Robert E. Appleby. Además, concedo permiso al SBHC para divulgar información sobre el tratamiento(y / o servicios de servicios médicos o de salud conductual) a los proveedores de seguros mencionados con el propósito de facturar. Autorizo que el pago se realice directamente al consejero de servicios humanos por los servicios prestados.

Firma de Padres/Guardiano/Otros _____ Fecha de hey _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

SBHC Chart # _____ Date Opened (first Visit) _____

Student Name _____ D.O.B _____

Año Escolar 2018-2019
Efectivo: August 1, 2018

Historial Médico

Si marca "si" a cualquiera de las siguientes preguntas, enumere y explique:

¿Su hijo toma algún medicamento? N S _____

¿Su hijo tiene alguna alergia a la comida? N S _____

¿Su hijo tiene alguna alergia a la medicina? N S _____

¿Su hijo tiene alguna alergia al látex? N S _____

Fecha de la última visita dental ____ / ____ / ____ Nombre de Dentista _____

Por favor, elija y explique si su niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

- | Y | N | | Y | N | | Y | N | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de alcohol y las drogas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones del tracto urinario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Éscoliosis, lesiones de rodilla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Paperas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma/reactiva de las via respiratorias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza / desmayo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retiro de órganos, transplante |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno por déficit de atención | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neumonía |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas del corazón / murmurar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernia / Undescended testiculo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prótesis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Huesos rotos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol triglicéridos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos de la piel |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Promelmas estomacales / intestinales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos de inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varicela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarampión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conmociones cerebrales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión, ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas menstruales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de peso o alimentación |

Explicación:

Historia de Salud Familiar

Por favor consulte si cualquiera de los parientes del niño (padres, hermanos, tias/tíos y abuelos) tienen/tenían cualquiera de estas enfermedades:

- | | | | |
|------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Problemas de alcohol y las drogas | _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre (Anemia) | _____ | <input type="checkbox"/> Infección (tuberculosis, VIH, SIDA) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Riñón | _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte menores de 50 años | _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes, Trastorno Endocrino | _____ | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios, incluyendo asma | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eczema | _____ | <input type="checkbox"/> Rasgo de células falciformes / enfermedad | _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular/Movimiento | _____ | | |