

Programa de Salud Escolar de Montefiore
<http://www.montefiore.org/school-health-program>

Estimado padre, madre o tutor:

La escuela de su hijo, en colaboración con el Programa de Salud Escolar de Montefiore, ofrece los servicios de un centro de salud integral diferente a la oficina de enfermería de la escuela. El centro de salud brinda cuidados de emergencia y primeros auxilios para lesiones leves, exámenes físicos para la escuela, para realizar deportes o para documentos laborales, orientación confidencial y reducción del estrés, vacunas, atención por asma, orientación nutricional, cuidados dentales preventivos y otros servicios.

Para inscribir a su hijo en la clínica, por favor complete los formularios adjuntos y entregue lo siguiente:

Formulario de consentimiento del padre/tutor

Formulario de antecedentes médicos básicos. Toda la información se trata de forma confidencial

Incluya una copia del registro de vacunas de su hijo.

Incluya una copia de los datos del seguro médico.

Preguntas frecuentes con respecto al Centro de Salud

¿Cuáles son nuestros horarios?

Atendemos los días de clase: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 3:30 p.m. Cerramos todos los días durante media hora para el almuerzo de 12:30 p.m. a 1 p.m.

¿Quiénes atienden?

Proveedor(es) médicos, proveedor(es) de salud mental, un enfermero(a) con práctica autorizada, un coordinador de salud comunitaria y un administrativo superior. Actualmente, se ofrecen servicios dentales preventivos y restaurativos en algunas escuelas secundarias; y en algunas escuelas primarias se ofrecen servicios dentales preventivos.

¿Mi hijo necesita tener seguro?

No, atenderemos a su hijo independientemente de la cobertura del seguro. Le facturamos al seguro cuando sea posible para ayudar a cubrir los costos del programa, pero no cobramos copagos. El seguro también es importante para facilitar las posibles remisiones a sub-especialistas y las pruebas de diagnóstico.

¿Soy responsable de los copagos?

No, nosotros facturamos al seguro cuando sea posible para ayudar a cubrir los costos del programa, pero no cobramos copagos. El seguro también es importante para facilitar las remisiones a sub especialistas y para las pruebas de diagnóstico.

¿Mi hijo necesita ser ciudadano estadounidense?

No, su hijo no necesita ser ciudadano estadounidense. Nosotros no pedimos datos sobre la condición de ciudadanía.

¿Mi hijo necesita cambiar su proveedor habitual de salud?

No, puede continuar atendiéndose con su médico habitual. Trabajamos en forma conjunta y nos comunicamos con los proveedores de salud de su hijo, con especialistas o proveedores de servicios de salud mental, sean proveedores de Montefiore o no.

Estamos comprometidos con la salud de los estudiantes y los invitamos a compartir sus preguntas o inquietudes con nosotros.

Atentamente,

El Programa de Salud Escolar de Montefiore

Programa de Salud Escolar de Montefiore Formulario de consentimiento de los padres para la escuela

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cuidados de salud de profesionales de la salud de Montefiore Medical Center autorizados por el estado en el marco del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas específicas del servicio, en conformidad con lo que dispone la ley, y que se instará a los alumnos a dar participación a sus padres o tutores en las decisiones relacionadas con la orientación y la atención médica. Los servicios de los centros de salud escolar pueden incluir, entre otros:

1. Servicios de sanidad escolar obligatorios, entre otros: controles de la vista (incluye anteojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras enfermedades, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendados.
2. Examen físico integral (examen médico completo), incluidos los exámenes requeridos para actividades escolares, deportes, documentos de trabajo y nuevas admisiones.
3. Exámenes de laboratorio indicados por el médico; por ejemplo, para detectar anemia, anemia drepanocítica o de célula falciforme, y diabetes.
4. Atención y tratamiento médico, incluso diagnóstico de enfermedades y trastornos agudos y crónicos, y entrega y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, incluso evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. **PARA ESTUDIANTES ADOLESCENTES:** Cuidados de salud reproductiva, incluyendo orientación sobre abstinencia, anticoncepción [suministro de píldoras anticonceptivas, condones, Depo (la inyección), entre otros métodos], pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de VIH, pruebas de Papanicolaou, y remisiones en caso de resultados anormales, según la edad.
7. **PARA ESTUDIANTES ADOLESCENTES:** Educación y orientación de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como: abuso de sustancias, alcohol y tabaco, y también educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH, según la edad.
8. Exámenes dentales, entre otros: diagnóstico, tratamiento y sellados cuando estén disponibles.
9. Remisiones para servicios no brindados en el centro de salud escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual de salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

HOJA INFORMATIVA PARA LA AUTORIZACIÓN PATERNA DE INFORMACIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO PATERNO CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Con mi firma al dorso de este formulario autorizo la divulgación de información médica. Esta información quizás esté protegida por la legislación federal y estatal que rige en materia de privacidad.

Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para que se comparta información médica con la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocido como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo exige la ley o las disposiciones del Canciller o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. A mi solicitud, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberán proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen cierta información de salud a la escuela, por ejemplo, certificados de vacunas. En caso de no proporcionar esta información, el estudiante puede quedar excluido de la escuela.

Me respondieron las preguntas que hice sobre este formulario. Sé que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al centro de salud escolar. Sin embargo, después de que se haya divulgado la información, no se puede revocar en forma retroactiva para cubrir información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Centro de Salud Escolar de Montefiore Medical Center a divulgar información médica específica del estudiante mencionado en la página de atrás a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (o Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Doy mi consentimiento para el intercambio de la información médica que se indica más abajo entre el Centro de Salud Escolar y el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York a fin de satisfacer los requisitos regulatorios y asegurar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Entiendo que se tratará esta información de manera confidencial de acuerdo con las disposiciones de la legislación federal y estatal y las disposiciones del Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por las disposiciones del Canciller:

- Examen de nuevos estudiantes que ingresan (Formulario 211S)
- Vacunas
- Resultados de estudios de visión y audición
- Resultados de prueba de tuberculosis

Información para proteger la salud u la seguridad:

- Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia (Formulario 103S)
- Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante (Formulario 103S)
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (no incluye infección por VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley).

Cobertura de seguro de salud

Con mi firma en la página 1 de este formulario también doy mi consentimiento a Montefiore Medical Center para contactar a otros proveedores que han examinado a mi hijo y obtener información sobre el seguro.

Período durante el que se autoriza la divulgación de información:

Desde: Fecha de firma del formulario en la página opuesta

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

OSIS #: _____	Office Use Only Medical Record No.: _____
DATOS DEL ESTUDIANTE	DATOS DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Inicial del segundo nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mes Día Año</small> Número de seguro social del estudiante: _____ Escuela a la que asiste el estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____ Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático/ de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Idioma de preferencia: _____ Dirección del estudiante: _____ Aptó.: N° _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ ¿Quién es el médico habitual del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	Madre Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mes Día Año</small> Padre Apellido: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small style="margin-left: 100px;">Mes Día Año</small> Nombre del Tutor legal, si corresponde Apellido: _____ Primer nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ Datos de contacto del padre o tutor legal Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono laboral: _____ Teléfono celular: _____ El estudiante está bajo el régimen de cuidados de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre de la agencia de cuidados de crianza: _____ Dirección de la agencia: _____ Nombre del trabajador social: _____ Número telefónico: _____
DATOS DEL SEGURO DE SALUD	
¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N° de ID de Medicaid _____ ¿Su hijo tiene Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N° de CHP _____ ¿Qué plan? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> UHC Community Plan <input type="checkbox"/> MetroPlus <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> HealthFirst <input type="checkbox"/> Wellcare <input type="checkbox"/> HIP <input type="checkbox"/> Health Plus/Amerigroup <input type="checkbox"/> Emblem Health/GHI Otro: _____ Indique qué farmacia le queda cómoda, y es de preferencia, para el envío electrónico a la farmacia de las recetas necesarias. Nombre de la farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____ Su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que lo contacte un representante de una organización comunitaria o de un Plan de seguro de salud del Estado de Nueva York para personas de bajos ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo tiene otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a continuación o adjunte una copia de la tarjeta de su seguro: Nombre del seguro de salud: _____ Dirección del seguro de salud: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N° de póliza: _____ N° de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <small style="margin-left: 100px;">Mes Día Año</small> ¿Su hijo tiene seguro de cobertura dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, complete a continuación o adjunte una copia de la tarjeta de su seguro: Nombre del seguro de dental: _____ Dirección del seguro de dental: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ N° de póliza: _____ N° de grupo: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <small style="margin-left: 100px;">Mes Día Año</small>
1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Firme los casilleros 1 y 2 para completar la inscripción	
He leído y comprendo los servicios que se mencionan en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y con mi firma doy consentimiento para que mi hijo reciba los servicios del Centro de Salud Escolar de Montefiore Medical Center. NOTA: De acuerdo con la ley, el consentimiento de los padres no es necesario para exámenes obligatorios, tratamientos de primeros auxilios, cuidado prenatal, servicios relacionados con salud sexual y prevención de embarazos, y servicios de salud cuando la salud del estudiante puede estar en peligro. No se requiere consentimiento paterno para estudiantes de 18 años o más, para estudiantes que son padres o que están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.	
X _____ <small>Firma del padre/tutor (o del estudiante, si tiene años o más, o está facultado legalmente por otro motivo)</small>	_____ <small>En imprenta</small>
_____ <small>Fecha</small>	_____ <small>Fecha</small>
2. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD	
He leído y comprendo las disposiciones sobre divulgación de información de salud que figuran en la página 2 de este formulario. Con mi firma indico mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado.	
X _____ <small>Firma del padre/tutor (o del estudiante, si tiene años o más, o está facultado legalmente por otro motivo)</small>	_____ <small>En imprenta</small>
_____ <small>Fecha</small>	_____ <small>Fecha</small>

Programa de Salud Escolar de Montefiore Historia Clínica Básica

Nombre de su hijo _____	/	/	_____	_____	_____	_____
Mes	Día	Año	Grado	Escuela		

Estimado padre, madre o tutor: La salud de su hijo es importante para nosotros. Para comprender mejor las necesidades médicas de su hijo, el Programa de Salud Escolar de Montefiore ha puesto en práctica la iniciativa de realizar una breve evaluación anual de salud de cada uno de los niños de la escuela. La evaluación incluye medición de altura, peso y presión arterial, revisión del registro de vacunaciones y de los datos de su hijo que se encuentran en el centro médico. Esta evaluación no reemplaza a la Evaluación Integral anual de salud que realiza el proveedor de atención primaria de su hijo. Usted también puede solicitar una Evaluación integral al centro de salud escolar. El Programa de Salud Escolar de Montefiore utiliza el mismo registro de salud electrónico que Montefiore Medical Center, lo que nos permite comunicarnos con cualquier proveedor de Montefiore. Para ayudar al Equipo de Salud Escolar a estar atentos a las necesidades médicas de su hijo/a para atención regular y de emergencias, **por favor responda las siguientes preguntas.**

Alergias:	No	Sí
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Si la respuesta es "sí", por favor especifique:		
¿Su hijo es alérgico a algún alimento? Si la respuesta es "sí", por favor especifique:		
Si la respuesta es "sí", ¿su hijo tiene un EpiPen?		
¿Su hijo tiene 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 corresponde)		
Antecedentes de soplo cardíaco		
Otra: _____		
¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? Si la respuesta es "sí", por favor especifique nombre(s) y esquema(s) de toma _____		
¿Su hijo ha estado hospitalizado o ha sido operado alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿por qué motivo? _____		
¿Su hijo ha tenido varicela alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? _____ años		
El Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York solicita que realicemos las siguientes preguntas en relación con el riesgo de tuberculosis y el riesgo de intoxicación por plomo.	No	Sí
¿Su hijo tuvo tuberculosis o un resultado positivo en la prueba cutánea de tuberculosis alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? _____ años?		
¿Su hijo ha tenido contacto alguna vez con una persona con tuberculosis (TB)? Si la respuesta es "sí" ¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____		
¿Su hijo está en contacto directo o vive con alguien que haya tenido un resultado positivo en la prueba cutánea de tuberculosis (TB)? Si la respuesta es "sí" ¿Cuándo? _____ ¿Con quién? _____		
¿Su hijo ha vivido en los Estados Unidos menos de 5 años? Si la respuesta es "sí", ¿Cuándo? _____		
¿Su hijo ha estado fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Si la respuesta es "sí", ¿Cuándo? _____		
¿Su hijo ha viajado a Haití, México, Pakistán, República Dominicana o Bangladesh o usado productos (cerámica esmaltada, remedios caseros, cosméticos, alimentos o especias) importados de esos países?		

Alguno de sus familiares, vivos o fallecidos, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Asma				
Diabetes mellitus				
Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular (derrame) antes de los 45 años				
Colesterol alto				
Hábito de fumar cigarrillos/cigarros de tabaco				
Otra: _____				

¿Con quién pasa su hijo la mayor parte del tiempo? Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:				
Con ambos padres	Con la madre	Con el padre	Con la madrastra	Con el padrastro
Abuelos	Con los hermanos/las hermanas:	Otros niños: Edades__	Con los padres adoptivos	Con otro tutor
Otro familiar adulto:	Edades__			
El año pasado, ¿hubo algún cambio en su familia? Marque con un círculo todas las opciones que correspondan:				
Casamiento	Separación	Divorcio	Pérdida de empleo	Mudanza a un nuevo barrio
Nueva escuela	Nacimientos	Enfermedad grave	Muertes	Otro

Siempre le informaremos si su hijo está muy enfermo y necesita retirarse de la escuela o recibir atención de urgencia. Por favor, siempre infórmenos cualquier cambio en sus datos de contacto.

Si su hijo se presenta al centro de salud escolar con un dolor leve u otros síntomas leves, le daremos uno de los siguientes **medicamentos de venta libre**, a menos que su hijo tenga una **alergia específica**.

Acetaminofén (Tylenol) o ibuprofeno (Motrin) para aliviar el dolor, en casos de dolor de cabeza o dolor menstrual
Maalox para dolor de estómago o náuseas
Pepto-bismol para la diarrea o molestias estomacales
Loratadina (Claritin) para alergias estacionales
Pseudoefedrina para síntomas de resfriado

Haremos todo lo posible por informarle, ya sea llamándolo o enviando una nota a su casa con su hijo.

Si no desea que su hijo reciba ningún medicamento de venta libre sin hablar primero con el proveedor médico, marque el casillero que figura a continuación. Si marca este casillero y no podemos comunicarnos por teléfono con usted, su hijo no recibirá ningún tratamiento y se reincorporará a la clase

_____/_____/_____
Fecha de hoy (Mes/Día/Año)

Nombre

Firma

Relación el niño

(Marcar si el niño se encuentra bajo cuidados de crianza)