**MRaEnTtUenReNr TeHstIaS pPáAgGinEa**

Bienvenido al Programa

**Efectivo: April 2023**

# Estimado padre o Guardian

¿Por qué usar el Centro de Salud Escolar?

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.

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 fisica que proveemos incluyen:

* El diagnóstico / tratamiento de enfermedades crónicas y agudas
* Los exámenes ffsicos integrales
* lnmunizaciones
* Exámenes de Salud
* Pruebas de laboratorio básicas
* Educación para la Salud y Consejerfa 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 irat
* Alcohol y Abuso de Sustancias Controladas
* Ansiedad / Gestión del Estres
* Cuestiones de salud reproductiva: Proyecciones, tratamiento, prescribiendo
* Control de Peso y Nutrición Consejerfa
* Remisión y Seguimiento a las especialistas medicos, proveedores de la comunidad, organismos y Hospitales
* La prescripción, administración de medicamentos (incluyendo medicamentos psiquiatricos)
* Psicoterapia, Psiquiatrfa, 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 O correo electrónico : [https://hscct.egnyte.com/ul/T6UirZZIYC](https://url.emailprotection.link/?bR_7YgnT3oKZDoFEYuo0NEmmnJx614aidpWwDVo-D_NKGagF9XZN4f1LpUY0YdTrB3xszw5x2hwKroPvRzKuOpw~~)

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, a HSC 203-354-1952.

El personal y yo esperamos con interes 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.

**Mantener esta página**

**Efectivo: April 2023**

# Aviso de privacidad (continuado)

## Usamos y divulgamos informanción personal de salad 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 medico( 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

Quejas

Cambios a este aviso

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.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar su queja por escrito a HSC: HSC Program Director

Dr. Robert E Appleby School Based Health Centers

Human Services Council, One Park Street, Norwalk CT 06851

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 PHIHSC, 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.

**RDEeTveUlRveNeTsHtaISpPágAiGnaE**

Formulario

**Efectivo: April 2023**

# Información Alumno/ Paciente

 Sexo: M F F.D.N.

Apellido Primer

Dirección Ciudad Código postal

**Grado**

Telefono 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

 Norwalk HS

 Nathan Hale MS

**Raza del estudiante** (Por lineamientos federales de OMB)

 Amlndian/Nativo de Alask Blanco

 Asiatico Negro

**Etnicidad** (Por lineamientos federales de OMB)

 Grupo étnico :Hispano-Latino(a) Si No

 Roton MS Native de Hawai o las islas del Pacffico **Si la raza del estudiante no esta en la lista anterior, por favor escribala aqui**

 West Rocks MS

## ¿Quien es el doctor de su hijo(a)?

Teléfono

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

Por favor complete la informacion completa en el anverso y reverso del la registracion. Debe

 Community Health Center

 Sala de emergencias

 Clínica del Departamento de Salud

 Clínica del Hospital / ambulatorio

 Clínica Militar

 Doctor privado

 Clínica de Salud Escolar

 Clínica de urgencias

 Móvil Van

 Ninguna

 Otro

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

## 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

de 18 añosm el/ella

puede firmar su propio formulario de registracion.

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

## ¿EI nino tiene Medicaid? Si No Numero de Medicaid

**Nombre de la compañia: # de Grupo # de Poliza Nombre del Asegurado Fecha de nacimiento del Asegurado Fecha efectiva de cobertura**

# 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.

##  M F Nombre del estudiante (lmprimir) 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. 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 hoy

**Continúe con la página siguiente**

**RDEeTveUlRveNeTsHtaISpPágAiGnaE**

**Efectivo: April 2023**

**USO DE OFICINA SOLAMENTE**

**SBHC Chart # Date Opened (first Visit)**

**Student Name D.O.B**

# Historial Médico

## Si marca "sí" 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 |  |
| Problemas de alcohol y las drogas |  | Infecciones del tracto urinario |  |  | Problemas de salud mental |
| Arthiritis |  | Diabetes |  |  | Mononucleosis |
| Éscoliosis, lesiones de rodilla |  | Infecciones del oído |  |  | Paperas |
| Asma/reactiva de las via respiratorias |  | Dolores de cabeza / desmayo |  |  | Retiro de órganos, transplante |
| Trastorno por déficit de atención |  | Problemas de audición |  |  | Neumonia |
| Enfermedad de células falciformes |  | Problemas del corazón / murmurar |  |  | Embarazo |
| Trastorno de la sangre |  | Hernia / Undescended testiculo |  |  | Prótesis |
| Huesos rotos |  | Presión arterial alta |  |  | Convulsiones |
| Cáncer |  | Colesterol triglicéridos |  |  | Trastornos de la piel |
| Promelmas estomacales / intestinales |  | Trastornos de inmunodeficiencia |  |  | Problemas para dormir |
| Varicela |  | Sarampión |  |  | Problemas de la tiroides |
| Conmociones cerebrales |  | Meningitis |  |  | Tuberculosis |
| Depresión, ansiedad |  | Problemas menstruales |  |  | 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 estasenfermedades:**

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