



P.O. Box 1978
Salisbury, MD 21802-1978
Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

Estimado Padre / Tutor:

Como estudiante en el sistema escolar del condado de Somerset, su hijo tiene acceso al Centro de salud basado en la escuela Chesapeake Health Care. La misión de la salud basada en la escuela es mejorar la salud de los estudiantes, aumentar el acceso a la atención médica primaria y disminuir el tiempo que se pierde en la escuela brindando atención dentro del entorno escolar. Somos una fuente conveniente de atención médica de calidad a cargo de médicos, enfermeras practicantes, dentistas, higienistas dentales y asesores de salud del comportamiento autorizados que trabajan en colaboración con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. Su hijo puede recibir tratamiento médico, dental y de salud conductual directamente en la escuela.

Servicios: Chesapeake Health Care puede proporcionar tratamiento para problemas de salud/lesiones menores, asistencia en el manejo de enfermedades crónicas, recetas, evaluaciones de salud, pruebas de laboratorio/diagnóstico de rutina, educación sobre la salud, referencias a especialistas y exámenes físicos para deportes. Cada vez que el personal del Centro de Salud ve a su hijo, se envía una nota a casa que detalla la visita. Además, se comparte un informe de la visita con el médico de cabecera de su hijo y se mantiene una copia en el Centro de Salud Escolar.

Costo: Las reglamentaciones federales y estatales exigen que todos los proveedores, incluido Chesapeake Health Care, facturen a todos los pacientes por los servicios del programa del Centro de salud basado en la escuela. La mayoría de los planes de salud, incluido Medicaid, cubren el costo de los servicios en el Centro de Salud Escolar. Si su hijo tiene seguro de salud, facturaremos a la compañía de seguros por los servicios de salud y seguiremos los requisitos de facturación asociados con su plan. Según lo permitan los fondos de la subvención, no se aplicarán copagos, deducibles ni cargos para pacientes sin seguro/con seguro insuficiente. Finalmente, el costo asociado con los servicios de laboratorio se facturará a su seguro. Las facturas por estas pruebas vendrán directamente de la compañía de laboratorio. Chesapeake Health Care no está afiliado a la compañía de laboratorio y no tiene la capacidad de renunciar a estos costos, pero ha negociado precios reducidos para pacientes sin seguro.

Inscripción: Todos los estudiantes del condado de Somerset pueden inscribirse en el programa. Complete los formularios adjuntos de inscripción/consentimiento e historial de salud. Devuélvalos a la enfermera de la escuela o al Centro de Salud. Una vez que su hijo esté inscrito en el Centro de salud escolar, no necesitará volver a inscribirse cada año. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con Tom Davis o Will Gray al 410-651-1616. Si desea programar una cita, llame a Chesapeake Health Care, 410-651-4040 y hable con el personal.



P.O. Box 1978
Salisbury, MD 21802-1978
Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y TRATAMIENTO DE SALUD
(Consent For Health Services and Treatment)

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR
Apellido del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Grado: _____ Etnicidad: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroameric; <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____ Dirección del estudiante: _____ _____ ¿Cómo usará regularment el estudiante a CHC o SBHC? <input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Proveedor de salud condu mental Si no, proporcione su proveedor habitual a continuación: Nombre: _____ Especialidad: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud Mental Teléfono: _____ Nombre: _____ Especialidad: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud Mental Teléfono: _____ Nombre: _____ Especialidad: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud Mental Teléfono: _____	Mamá: Apellido: _____ Primer nombre: _____ Padre: Apellido: _____ Primer nombre: _____ Tutor legal, si corresponde: Apellido: _____ Primer nombre: _____ Relación del tutor legal con el estudiante: _____ Información de contacto del padre o tutor principal Nombre: _____ Celda #: _____ Casa #: _____ Trabajo #: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Celda #: _____ Casa #: _____ Trabajo #: _____ Relación con el estudiante: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO	
¿Tiene su hijo cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico, incluida la cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del plan: _____ # de Póliza: _____ Identificación del grupo: _____ Número de identificación de Medicaid: _____ (si corresponde)	¿Tiene su hijo cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro dental, incluida la cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del plan: _____ # de Póliza: _____ Identificación del grupo: _____ Número de identificación de Medicaid: _____ (si corresponde)

Si su hijo no tiene seguro médico o dental, ¿le gustaría que un especialista en elegibilidad se comunique con usted para obtener ayuda para obtener un seguro médico o dental? Sí No

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA

Doy mi consentimiento a las Escuelas Públicas del Condado de Somerset para que mi hijo participe en el Programa del Centro de Salud Basado en la Escuela y comparta información según corresponda. He leído y comprendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del centro de salud en la escuela) y mi firma otorga consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de salud en la escuela seleccionado, siempre que mi hijo sea un estudiante inscrito en el condado de Somerset Escuelas Públicas o hasta que yo revoque el consentimiento. Nota: Según la ley de Maryland, un menor de 12 años o más tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento para la consulta, el diagnóstico y el tratamiento de un trastorno mental o emocional por parte de un médico, psicólogo o clínica. Además, un menor (una persona menor de 18 años) tiene la misma capacidad que un adulto para consentir el tratamiento médico por abuso de drogas, alcoholismo y el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Si, a juicio del médico tratante, la vida y la salud del menor se verían afectadas negativamente por retrasar el tratamiento para obtener el consentimiento de otra persona, el menor puede dar su consentimiento para el tratamiento de los servicios médicos de emergencia.

X _____
 Firma del padre/tutor (o estudiante si tiene 18 años o más o lo permite la ley) Fecha

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por profesionales de la salud con licencia en el Centro de salud escolar. Entiendo que el centro de salud de la escuela garantizará la confidencialidad de acuerdo con la ley y que se animará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios del centro de salud basado en la escuela pueden incluir, pero no se limitan a:

1. Servicios de salud escolar, que incluyen: exámenes de la vista, audición, asma, obesidad y otras afecciones médicas, primeros auxilios y vacunas requeridas y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo), incluidos los de la escuela, la universidad, la guardería, los deportes, el empleo y las nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio médicamente prescritas, como anemia, células falciformes y diabetes.
4. Atención y tratamiento médico, incluido el diagnóstico de enfermedades y dolencias agudas y crónicas, y dispensación y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y referencias.
6. Educación y consejería en salud para la prevención de conductas de riesgo tales como: uso de drogas, alcohol y tabaco; educación adecuada a la edad sobre la abstinencia, la prevención del embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.
7. Tratamiento dental que consiste en exámenes, modalidades de diagnóstico y tratamiento que pueden incluir limpieza y selladores.
8. Referencias para servicios no provistos en el centro de salud escolar.
9. Cuestionario/encuesta anual de salud.
10. Servicios de telesalud prestados a través de tecnologías de comunicación seguras para facilitar el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la educación, la gestión de la atención y la autogestión de la atención médica de un paciente.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA

Los servicios de salud reproductiva, incluidos, entre otros, los siguientes servicios, **NO SE** proporcionarán en el centro de salud escolar a menos que usted dé su consentimiento específico a continuación:

- Pruebas de embarazo
- Detección de enfermedades de transmisión sexual y tratamiento
- Prueba de VIH
- Recetas de control de la natalidad

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios de atención de la salud reproductiva descritos anteriormente en el centro de salud de la escuela. Debido a la naturaleza de estos servicios, su hijo puede recibir una remisión a nuestro departamento de obstetricia/ginecología u otro consultorio de atención primaria para pruebas y/o tratamiento de seguimiento.

X

Firma del padre/tutor (o estudiante si tiene 18 años o más o lo permite la ley)

Fecha



P.O. Box 1978
 Salisbury, MD 21802-1978
 Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

Centro de salud basado en la escuela CHC

Año Escolar _____

NOMBRE _____ Fecha de nacimiento _____ GRADO _____

Enumere todos los medicamentos que su hijo toma a diario o con regularidad:

Medicamento _____ mg _____ Direcciones _____

Medicamento _____ mg _____ Direcciones _____

Medicamento _____ mg _____ Direcciones _____

Alergias:

Medicamentos No Sí Nombre del Medicamento(s) _____

Reacción a los medicamento(s) _____

Alimentos No Sí Origen de la alergia _____

Ambiental No Sí Origen de la alergia _____

¿Tiene su hijo una orden médica para un Epipen? No Sí

¿Alguien en su casa fuma? No Sí

Hospitalizaciones:

Motivo _____ Fecha _____

Motivo _____ Fecha _____

¿ALGUNA VEZ SU HIJO HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?	MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA	¿ALGUNA VEZ UN FAMILIAR HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?	INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO
CONDICIONES	ESTUDIANTE	MIEMBRO DE LA FAMILIA	
ADD/ADHD			
Anemia			
Asma			
Desorden sangrante			
Cáncer			
Salud mental ¿Le gustaría que su hijo fuera referido a un Terapeuta de Salud Mental? Sí / No			
Diabetes			
Uso de Drogas/Alcohol/Tabaco por Estudiante/Hogar			
Resfriados Frecuentes			
Infecciones de oído frecuentes			
Problemas estomacales			
Problemas de audición/visión/pérdida			

¿ALGUNA VEZ SU HIJO HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? CONDICIONES	MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA ESTUDIANTE	¿ALGUNA VEZ UN FAMILIAR HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? MIEMBRO DE LA FAMILIA	INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO
Problemas del corazón			
Alta presión sanguínea			
Colesterol alto			
Problemas de riñón/vejiga			
Envenenamiento por plomo			
Problemas hepáticos (hepatitis)			
Discapacidad de aprendizaje			
Migrañas			
Obesidad			
Trastorno convulsivo (epilepsia)			
Problemas de la piel (Acné, Eczema, Psoriasis)			
Derrame Cerebral			
Enfermedad de tiroides			
La caries dental			
Tuberculosis			
Sibilancias o dificultad para respirar			
Cualquier otro problema de salud:			

Por favor, actualice la información del seguro de su hijo a continuación:

INFORMACIÓN DEL SEGURO			
¿Tiene su hijo cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico, incluida la cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del plan: _____		¿Tiene su hijo cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro dental, incluida la cobertura de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del plan: _____	
# de Póliza: _____		# de Póliza: _____	
Identificación del grupo: _____		Identificación del grupo: _____	
Número de identificación de Medicaid: _____ (si corresponde)		Número de identificación de Medicaid: _____ (si corresponde)	
Si su hijo no tiene seguro médico o dental, ¿le gustaría que un especialista en elegibilidad se comunique con usted para obtener ayuda para obtener un seguro médico o dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Esta información es para uso del Centro de salud basado en la escuela y no forma parte de los registros escolares.

El nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/tutor que completa este formulario _____

Fecha _____