



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 Wicomico, 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 un 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 y no tiene la capacidad de renunciar a estos costos, pero se ha negociado precios reducidos para pacientes sin seguros.

Inscripción: Todos los estudiantes del condado de Wicomico pueden inscribirse en el programa. Complete los formularios adjuntos de inscripción / consentimiento e historial de salud. Devuelvalós a la enfermera de la escuela o al Centro de Salud. Una vez que su hijo este inscrito en el Centro de Salud escolar, no necesitara Volver a inscribirse cada año. Si tiene alguna pregunta sobre el programa o desea programar una cita, llámé a Chesapeake Health Care y hablé con el personal:

- Wicomico Middle School, call 443-754-1675
- Wicomico High School, call 443-754-5333

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. Exámen físico integral (exámen 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 Si Nombre del Medicamento(s) _____

Reacción a los medicamento(s) _____

Alimentos No Si Origen de la alergia _____

Ambiental No Si Origen de la alergia _____

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

¿ Alguien en su casa fuma? No Si

Hospitalizaciones:

Motivo _____ Fecha _____

Motivo _____ Fecha _____

¿ALGUNA VEZ SU HIJO HA TENIDO ALGU NO DE LOS SIGUIENTES? CONDICIONES	MARQUE TODO LOQUE CORRESPONDA ESTUDIANTE	¿ALGUNA VEZ UN FAMILIA R HA TENI DO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? MIEMBRO DE LA FAMILIA	INFORMACION ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO
ADD/ADHD			
Anemia			
Asma			
Desorden sangrante			
Cancer			
Salud mental ¿ Le gustaria que su hijo fuera referido a un Terapeuta de Salud Mental? Si / No			
Diabetes			
Uso de Drogas/ Alcohol/Tabaco por Estudiante/Hogar			
Resfriados Frecuentes			
Infecciones de oido frecuentes			
Problemas estomacales			
Problemas de audición/visión/perdida			

