



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



Estimado Padre/ Tutor:

Como estudiante de las Escuelas Públicas del Condado de Worcester, su hijo tiene acceso al Programa de Salud Escolar de Chesapeake Health Care localizado en la Escuela Secundaria de Pocomoke. 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.

Elegibilidad: Todos los estudiantes del condado de Worcester son elegibles para inscribirse en el programa. El estudiante se inscribe una vez que el padre/tutor complete y devuelve los documentos provistos.

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 médica 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. A medida que la financiación de la subvención lo permita, se eliminarán los copagos, deducibles y cargos para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Por último, el costo asociado con los servicios de laboratorio se facturará a su seguro en caso de tener alguno. Las facturas de estos exámenes de laboratorio provendrán directamente de la compañía del laboratorio. Chesapeake Health Care no está afiliada a la compañía de laboratorio y no tiene la capacidad de eximir estos costos, pero existe un acuerdo entre dichas entidades para proveer precios reducidos para pacientes sin seguro médico.

Inscripción: Todos los estudiantes del condado de Worcester pueden inscribirse en el programa. Complete los formularios adjuntos de inscripción/consentimiento con la historia médica. Devuélvalos a su escuela, que los enviará al Centro de salud escolar de la escuela secundaria de Pocomoke. Una vez que su hijo esté inscrito en el Programa Escolar de Salud, no necesitará volver a inscribirse cada año, pero WCPS (Escuelas Públicas del Condado de Worcester) solicitará una autorización anual para activarlo. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con Lauren Williams, coordinadora de servicios de Salud Escolar, al 410-632-5047. Si desea programar una cita, llame a Chesapeake Health Care, 410-430-8388 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: ☐ Hombre ☐ Mujer Grado: _____ Etnicidad: ☐ Blanco ☐ Afroamericano ☐ Hispano ☐ Indio Americano ☐ Asiático/Isleño del Pacífico ☐ Otro: _____ Dirección del estudiante: _____ _____ _____ ¿Cómo usará regularment el estudiante a CHC o SBHC? ☐ Proveedor de atención primaria ☐ Dentista ☐ Proveedor de salud mental		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 #: _____ Correo Electrónico: _____ Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Celda #: _____ Casa #: _____ Trabajo #: _____ Relación con el estudiante: _____ Correo Electrónico: _____	
PROVEEDOR / INFORMACIÓN DE SU FARMACIA			
Si no, proporcione su proveedor habitual a continuación:			
Nombre: _____ Especialidad: ☐ Médico ☐ Dental ☐ Salud Mental Teléfono: _____ Dirección: _____ _____ Nombre: _____ Especialidad: ☐ Médico ☐ Dental ☐ Salud Mental Teléfono: _____ Dirección: _____ _____	Nombre: _____ Especialidad: ☐ Médico ☐ Dental ☐ Salud Mental Teléfono: _____ Dirección: _____ _____ Farmacia: _____ Localidad: _____		
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
¿Tiene su hijo cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico, incluida la cobertura de Medicaid? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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 comunice 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 Worcester 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 pag. 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 Worcester 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 transtorno 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			

ASEGÚRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

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.



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? CONDI CI ONES	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			

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

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 _____