



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. 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:

- Beaver Run Elementary, call 443-397-3844
- East Salisbury Elementary, call 443-754-1675
- Wicomico High School, call 443-754-5333
- Telemedicine Visit, call 443-754-1675



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: _____	Mamá:
Nombre del Estudiante: _____	Apellido: _____ Primer nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Padre:
Número de Seguro Social del estudiante: _____	Apellido: _____ Primer nombre: _____
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Grado: _____	Tutor legal, si corresponde:
Etnicidad: ☐ Blanco ☐ Afroamericano ☐ Hispano	Apellido: _____ Primer nombre: _____
☐ Indio Americano ☐ Asiático/Isleño del Pacífico	Relación del tutor legal con el estudiante: _____
☐ Otro: _____	Información de contacto del padre o tutor principal
Dirección del estudiante: _____	Nombre: _____ Celda #: _____
	Casa #: _____ Trabajo #: _____
	Correo Electrónico: _____
¿Cómo usará regularmente el estudiante a CHC o SBHC?	Contacto de emergencia adicional
☐ Proveedor de atención primaria	Nombre: _____ Celda #: _____
☐ Dentista	Casa #: _____ Trabajo #: _____
☐ Proveedor de salud mental	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 comuniqué 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 Wicomico 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 Wicomico 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

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.
11. Ponga a la disposición del personal del SBHC la información educativa que pueda ser relevante para la salud del estudiante y asegúrese que esta información no esté restringida por la administración de WCPS o el expediente personal del paciente.
12. Comparta cualquier cambio en el historial de salud del estudiante o los medicamentos recetados con el personal de SBHC para brindar continuidad en la atención y manejo de la salud del estudiante.



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?	MARQUE TODO LOQUE CORRESPONDA	¿ALGUNA VEZ UN FAMILIA R HA TENI DO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?	INFORMACION ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO
CONDI CI ONES	ESTUDIANTE	MIEMBRO DE LA FAMILIA	
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			

¿ALGUNA VEZ SU HIJO HA TENIDO ALGU NO DE LOS SIGUIENTES?	MARQUE TODO LOQUE CORRESPONDA	¿ALGUNA VEZ UN FAMILIA R HA TENI DO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?	INFORMACION ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU HIJO
CONDI CI ONES	ESTUDIANTE	MIEMBRO DE LA FAMILIA	
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			
Caries dentales			
Tuberculosis			
Sibilancias o dificultad para respirar			
Cualquier otro problema de salud:			

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

INFORMACION DEL SEGURO	
¿Tiene su hijo cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico, incluida la cobertura de Medicaid? ☐ Si ☐ 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? ☐ Si ☐ 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? ☐ Si ☐ 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 _____