

Estimado Padre, Madre o Tutor:

La escuela de su hijo, en colaboración con el Programa de Salud Escolar de Montefiore, ofrece los servicios de un centro de salud integral diferente a la oficina de enfermería de la escuela. El centro de salud brinda a los estudiantes cuidados de emergencia y primeros auxilios para lesiones leves, exámenes físicos para la escuela, para realizar deportes o para documentos laborales, orientación confidencial y reducción del estrés, vacunas, atención por asma, orientación nutricional, cuidados dentales preventivos y otros servicios.

**Para inscribir a su hijo en el centro de salud, complete los formularios adjuntos y entregue lo siguiente:**

- Formulario de consentimiento del padre/madre o tutor
- Formulario de antecedentes médicos básicos. **Toda la información se trata de forma confidencial.**
- Formulario de seguro médico. **Por favor incluya a copia de la tarjeta de seguro del niño(a) de ambos lados.**
- **Incluya una copia del registro de vacunas de su hijo.**

## **Preguntas frecuentes al Centro de Salud**

### **¿Cuáles son nuestros horarios?**

Atendemos los días de clase: De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 3:30 p. m. Cerramos todos los días durante media hora para el almuerzo. Consulte al personal del centro de salud cuál es el horario de almuerzo asignado.

### **¿Quiénes atienden?**

Proveedor(es) médicos, proveedor(es) de salud mental, un profesional de enfermería con práctica autorizada, un coordinador de salud comunitaria y un administrativo superior. Actualmente, se ofrecen servicios dentales preventivos y restaurativos en algunas escuelas secundarias; y en algunas escuelas primarias se ofrecen servicios dentales preventivos.

### **¿Mi hijo necesita tener seguro?**

No, brindamos servicios a su hijo independientemente de la cobertura del seguro. Le facturamos a las compañías de seguro médico cuando sea posible para ayudar a cubrir los costos del programa, pero no cobramos copagos. La cobertura del seguro facilita las remisiones a subespecialistas y para las pruebas de diagnóstico.

### **¿Soy responsable de los copagos?**

No, le facturamos a las compañías de seguro médico cuando sea posible para ayudar a cubrir los costos del programa, pero no cobramos copagos. El seguro también es importante para facilitar las referidos a subespecialistas y para las pruebas de diagnóstico.

### **¿Mi hijo necesita ser ciudadano estadounidense?**

No, su hijo no necesita ser ciudadano estadounidense. Nosotros no pedimos datos sobre la condición de ciudadanía.

### **¿Mi hijo necesita cambiar su proveedor habitual de salud?**

No, su hijo puede seguir consultando a su médico. Trabajamos en forma conjunta y nos comunicamos con los proveedores de salud de su hijo, con especialistas o proveedores de servicios de salud mental, sean proveedores de Montefiore o no.

Estamos comprometidos con la salud de los estudiantes y los invitamos a compartir sus preguntas o inquietudes con nosotros.

Atentamente,

**Programa de Salud Escolar de Montefiore**  
**Formulario de consentimiento de los padres para la escuela**

**SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cuidados de salud de profesionales de la salud de Montefiore Medical Center autorizados por el estado en el marco del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas específicas del servicio, en conformidad con lo que dispone la ley, y que se instará a los alumnos a dar participación a sus padres o tutores en las decisiones relacionadas con la orientación y la atención médica. Los servicios de los centros de salud escolar pueden incluir, entre otros:

1. Servicios de sanidad escolar obligatorios, entre otros: Controles de la vista (incluye anteojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras enfermedades, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo), incluidos los exámenes requeridos para actividades escolares, deportes, documentos de trabajo y nuevas admisiones.
3. Exámenes de laboratorio indicados por el médico; por ejemplo, para detectar anemia, anemia drepanocítica y diabetes.
4. Atención y tratamiento médico, incluso diagnóstico de enfermedades y trastornos agudos y crónicos, y entrega y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, incluso evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. **PARA ESTUDIANTES ADOLESCENTES:** Cuidados de salud reproductiva, incluso orientación sobre abstinencia, anticoncepción [suministro de píldoras anticonceptivas, condones, Depo (la inyección), entre otros métodos], pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas del VIH, pruebas de Papanicolaou, y remisiones en caso de resultados anormales, según la edad.
7. **PARA ESTUDIANTES ADOLESCENTES:** Educación y orientación de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como abuso de sustancias, alcohol y tabaco, y también educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH, según la edad.
8. Exámenes odontológicos, entre otros: Diagnóstico, tratamiento y sellantes cuando estén disponibles.
9. Remisiones para servicios no brindados en el centro de salud escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual de salud.

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**  
**HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Con mi firma al dorso de este formulario autorizo la divulgación de información médica. Esta información quizás esté protegida por la legislación federal y estatal que rige en materia de privacidad.

Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para que se comparta información médica con la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocido como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo exige la ley o las disposiciones del Canciller o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. A mi solicitud, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberán proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen cierta información de salud a la escuela, por ejemplo, certificados de vacunas. En caso de no proporcionar esta información, el estudiante puede quedar excluido de la escuela.

Me respondieron las preguntas que hice sobre este formulario. Sé que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al centro de salud escolar. Sin embargo, después de que se haya divulgado la información, no se puede revocar en forma retroactiva para cubrir información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Centro de Salud Escolar de Montefiore Medical Center a divulgar información médica específica del estudiante mencionado en la página de atrás a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (o Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Doy mi consentimiento para el intercambio de la información médica que se indica más abajo entre el Centro de Salud Escolar y el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, a fin de satisfacer los requisitos regulatorios y asegurar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Entiendo que se tratará esta información de manera confidencial de acuerdo con las disposiciones de la legislación federal y estatal y las disposiciones del Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por las disposiciones del Canciller:	Información para proteger la salud y la seguridad:
- Examen de nuevos estudiantes que ingresan (Formulario 211S)	- Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia (Formulario 103S)
- Vacunas	- Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante (Formulario 103S)
- Resultados de estudios de visión y audición	- Cobertura de seguro de salud
- Resultados de prueba de tuberculosis	
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (no incluye infección por VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley).	

Con mi firma en la página 3 de este formulario, doy mi consentimiento a Montefiore Medical Center para contactar a otros proveedores que han examinado a mi hijo y obtener información sobre el seguro.

Período durante el que se autoriza la divulgación de información:

*A partir de:*                      *Fecha en la que se firma el formulario en la página opuesta*  
*Hasta:*                              *Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC*



## Programa de Salud Escolar de Montefiore Formulario de Seguro

Nombre del estudiante: _____	Solo para uso interno Historia clínica MRN: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <small style="text-align: center;">Mes                  Día                  Año</small>	

Los Centros de Salud Escolar de Montefiore ofrecen servicios a todos los estudiantes que están registrados para recibir servicios **sin costo** para ellos y su familia.

- A fin de cubrir los costos de nuestro programa, enviamos facturas a Medicaid y a otras compañías de seguro para recibir pagos.
- Es posible que reciba un aviso denominado Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de su compañía de seguro con información acerca de los servicios facturados y los pagos aprobados.
- Usted **no** recibirá una factura del Programa de Salud Escolar de Montefiore para pagar ningún servicio brindado en los Centros de Salud Escolar de Montefiore.

### DATOS DEL SEGURO DE SALUD

**¿Su hijo tiene Medicaid?**  
 No     Sí: de ID de Medicaid \_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene Child Health Plus?**  
 No     Sí: Poliza de CHP \_\_\_\_\_

**¿Qué plan?**  
 Affinity     UHC Community Plan     Empire BCBS Healthplus  
 Fidelis     HIP     Wellcare  
 HealthFirst     MetroPlus     Emblem Health/ GHI  
 Otro: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene cobertura de seguro de vision?  No  Sí, complete a continuación o adjunte una copia de la tarjeta del seguro.**  
 Nombre del seguro de vision: \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro de vision: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de póliza: \_\_\_\_\_  
 N.º de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Mes                  Día                  Año

**Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que lo contacte un representante de una organización comunitaria o de un plan de seguro de salud del Estado de Nueva York para personas de bajos ingresos?  Sí  No**

**¿Su hijo tiene otra cobertura médica?  No  Sí, complete a continuación o adjunte una copia de la tarjeta del seguro:**  
 Nombre del seguro salud: \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro salud: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de póliza: \_\_\_\_\_  
 N.º de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Mes                  Día                  Año

**¿Su hijo tiene cobertura de seguro dental?  No  Sí, complete a continuación o adjunte una copia de la tarjeta del seguro.**  
 Nombre del seguro dental: \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro dental: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de póliza: \_\_\_\_\_  
 N.º de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
Mes                  Día                  Año

#### 1. ACUERDO FINANCIERO/GARANTÍA DE PAGO

Autorizo el pago de los beneficios médicos a los que el paciente que se nombra a continuación ("mi hijo") tiene derecho directamente a los Centros de Salud Escolar de Montefiore para cubrir el costo de la atención y el tratamiento que se le brindó a mi hijo en los Centros de Salud Escolar de Montefiore ("SBHC").

#### 2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

En caso de que mi Aseguradora se niegue a pagar los servicios provistos a mi hijo en los Centros de Salud Escolar de Montefiore, por medio del presente doy mi consentimiento para que un representante autorizado del Hospital se comunique con mi aseguradora y le brinde toda la información y la documentación relacionada con los servicios que SBHC le brindó a mi hijo. Este material puede solicitarse para que mi aseguradora reevalúe su decisión de negar el pago de tales servicios. Autorizo a los Centros de Salud Escolar de Montefiore, a mi proveedor tratante y a sus respectivos representantes a usar y divulgar la información de salud de mi hijo para todos los fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud necesarios. Acepto que mi información de salud puede incluir información relacionada con enfermedades mentales o SIDA/Artropodosis-disfunción Renal-Colestasis (ARC)/VIH. En caso de ser necesario, las aseguradoras y los garantes pueden divulgar (incluso analizar y copiar) dicha información para el pago de cargos profesionales y del SBHC.

#### 3. MEDICAID U OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Certifico que la información de seguro que proporcioné sobre mi hijo es correcta. Autorizo a cualquier propietario de información médica o de otro tipo sobre mi hijo a divulgar cualquier información necesaria para este reclamo u otro relacionado a los Centros para servicios de Medicare/Medicaid y a su agente o a cualquier otra empresa aseguradora de la que mi hijo reciba cobertura. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a nombre de mi hijo a los Centros de Salud Escolar de Montefiore por cualquier servicio proporcionado a él/ella por parte de proveedores de SBHC.

#### 4. DATOS DEL SEGURO DE SALUD

Entiendo que los Centros de Salud Escolar de Montefiore usarán diversos medios para determinar si mi hijo tiene alguna cobertura de seguro. Estos medios incluyen las comunicaciones con otros proveedores que han examinado a mi hijo, el Sistema Electrónico de Verificación de Elegibilidad de Medicaid u otros propietarios de información acerca de mi hijo. Entiendo que estas otras fuentes de información se usarán para confirmar cualquier información de seguro provista por mí en el formulario de inscripción/consentimiento.

**CONFIRMO QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS ANTERIORES.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
RELACION CON EL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

(o del estudiante, si tiene 18 años o más, o si está facultado legalmente por otro motivo)

# Programa de Salud Escolar de Montefiore

## Historia clínica básica

Nombre del niño	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Grado	Escuela
-----------------	-----------------------------------	-------	---------

Estimado padre, madre o tutor: La salud de su hijo/a es importante para nosotros. **Para comprender mejor las necesidades médicas de su hijo/a, el Programa de Salud Escolar de Montefiore ha puesto en práctica la iniciativa de realizar una breve evaluación anual de salud de cada niño inscrito. La evaluación incluye medición de altura, peso y presión arterial, revisión del registro de vacunaciones y de los datos de su hijo/a que se encuentran en el centro médico.** Esta evaluación no reemplaza a la *Evaluación Integral* anual de salud que realiza el médico de cabecera de su hijo/a. Si le falta médico de cabecera o seguro médico. Usted puede solicitar una *Evaluación Integral* al centro de salud escolar. El Programa de Salud Escolar de Montefiore utiliza el mismo registro de salud electrónico que Montefiore Medical Center, lo que nos permite comunicarnos con cualquier proveedor de Montefiore. Para ayudar al Equipo de Salud Escolar a estar informados sobre las necesidades médicas de su hijo/a en la atención regular y para casos de emergencia, por favor responda las siguientes preguntas.

¿Su hijo/a tiene algún problema grave o crónico de salud?	No	Sí
Asma		
Depresión o ansiedad (marque con un círculo una o ambas opciones, si corresponde)		
Obesidad		
Otras condiciones crónicas? (por ejemplo, diabetes, anemia falciforme)		
Antecedentes de soplo cardíaco		
¿Su hijo/a toma algún medicamento regularmente? Si la respuesta es "sí", por favor especifique nombre(s) y esquema(s) de toma:		
¿Su hijo/a ha estado hospitalizado o ha sido operado alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿por qué motivo?		
¿Su hijo/a teniendo varicela alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? ____ años ____		
Alergias:	No	Sí
¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento? Si la respuesta es "sí", por favor especifique:		
¿Su hijo/a es alérgico a algún alimento? Si la respuesta es "sí", por favor especifique:		
Si la respuesta es "sí", ¿su hijo tiene un Epi-pen?		
El Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York solicita que realicemos las siguientes preguntas en relación con el riesgo de tuberculosis y el riesgo de intoxicación por plomo.		
¿Su hijo tuvo tuberculosis o un resultado positivo en la prueba cutánea de tuberculosis alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? ____ Año ____		
¿Su hijo ha tenido contacto alguna vez con una persona con tuberculosis (TB)? Si la respuesta es "sí": Cuándo ____ Quién ____		
¿Su hijo está en contacto directo o vive con alguien que haya tenido un resultado positivo en la prueba cutánea de TB? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? ____		
¿Su hijo ha vivido en los Estados Unidos menos de 5 años? En caso afirmativo, ¿dónde? ____		
¿Su hijo ha estado fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? ____ ¿Dónde? ____		
¿Su hijo ha viajado a Haití, México, Pakistán, República Dominicana o Bangladesh o ha usado productos (cerámica esmaltada, remedios caseros, cosméticos, alimentos o especias) importados de esos países?		

Have any of family members, living or deceased had any of the following problems? Check all that apply.	Mother	Father	Sibling	Grand parent	Other
Asthma					
Diabetes Melitus					
Heart attack or stroke before age 45 years					
High Cholesterol					
Smoking tobacco cigarettes/cigars					
Other:					
Other:					
Deceased					

**Si su hijo se presenta al centro de salud escolar con un dolor leve u otros síntomas leves, le daremos uno de los siguientes medicamentos de venta libre, salvo que su hijo tenga una alergia específica.**

Acetaminofeno (Tylenol) o Ibuprofeno (Motrin) para aliviar el dolor, por ejemplo, en casos de dolor de cabeza o dolor menstrual o dolor de los dientes
Maalox para dolor de estómago o náuseas
Pepto-bismol para la diarrea o molestias estomacales
Loratadine (Claritin) para alergias estacionales
Pseudoefedrina para síntomas de resfriado

**Si no quiere que su hijo reciba ningún medicamento de venta libre sin hablar antes con el proveedor médico, por favor, marque el casillero que se encuentra más abajo. Si ha marcado este casillero y no lo podemos contractar a used por teléfono, el niño no recibirá tratamiento y volverá a clase.**

**Harémos todo lo posible para informarle, ya sea por teléfono o enviando un carta con su hijo.**

Por favor, indique **la farmacia** la cual es más conveniente para Usted para poder mandar recetas electrónicamente a la faracia en caso de ser necesario.

**Recetas electrónicas son mandatorias.**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (mm/dd/aa)

Nombre

Firma

Relación con el niño