



Community Healthcare Network  
 Centro de salud escolar, sala 240  
 Seward Park Campus

Estimados padres:

El centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés) de Community Healthcare Network brinda servicios de salud en el Seward Park Campus. Los servicios de salud que se enumeran a continuación se brindan **sin costo para usted**, incluso si su hijo/a no tiene seguro. El SBHC puede facturar al seguro. Sin embargo, a los padres o tutores **no se les cobrará** por ningún servicio. En el SBHC, su hijo/a puede obtener lo siguiente:

• Exámenes físicos escolares (chequeos)	• Certificado de aptitud física
• Medicamentos y análisis de laboratorio	• Servicios de salud reproductiva acordes a la edad
• Vacunas (inyecciones)	• Servicios de salud mental
• Tratamiento de problemas de salud	• Servicios de nutrición
• Tratamiento para emergencias o lesiones	• Servicio telefónico disponible fuera del horario de atención los 7 días de la semana

**El SBHC de Community Healthcare Network que brinda servicios de salud en el Seward Park Campus no reemplaza al médico de su hijo/a ni cambia su seguro. Su hijo/a puede ver a su médico mientras recibe atención en nuestro centro de salud escolar.**

Si desea que su hijo/a reciba servicios en el SBHC de Community Healthcare Network en el Seward Park Campus:

1. Lea y complete el formulario de Consentimiento de los padres.
2. Haga que su hijo/a lleve el formulario firmado a la oficina del director de su escuela. También puede llevar el formulario al Centro de salud en la sala 240.

¡Esperamos con ansias conocerlo y ofrecerle servicios de salud para su hijo/a con nuestros profesionales certificados! Para obtener más información, visítenos o llame al 212-634-7550

de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atentamente,  
 Centro de salud escolar de Seward Park Campus

**Angelina Almonte**, Gerente del programa de SBHC  
**Stacy Cacciola, MD** Directora de pediatría  
**Ellen Hollander-Sande, DNP, FNP-C, CLC**  
 Enfermera de familia profesional  
**Shelly Co, DO** Profesional especializada en salud mental  
**Hina Afridi, LMSW** Magíster en trabajo social, terapeuta de salud mental

**Robert Hayes**  
 Presidente/Director ejecutivo  
 Community Healthcare Network

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE

**Community Healthcare Network Centro De Salud Escolar**  
**AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

*Proveedor de servicios de salud y domicilio (HCSP) \_ 60 Madison Avenue, New York, NY 10010*  
*Escuelas incluidas) Essex Street Academy; High School for Dual Language and Asian Studies; Lower Manhattan Arts Academy; New Design High School; Urban Assembly Academy of Government and Law*

**Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES		
<b>Apellido del estudiante:</b> _____ <b>Nombre del estudiante:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____ <i>  Mes      Día           Año</i> <b>Dirección del estudiante:</b> _____ _____ <b>Correo electrónico del estudiante:</b> _____ <b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Grado:</b> _____ <b>**Número de seguro social del estudiante:</b> _____ <b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ <b>¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico?</b> <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas:</b> <b>Nombre :</b> _____ <b>Dirección:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>**Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro</b>	<b>Padres/ Guardián legal:</b> <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono de casa:</b> _____ <b>Celular:</b> _____ <b>Correo Electrónico:</b> _____  <b>Padres/ Guardián legal:</b> <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Celular:</b> _____ <b>Correo Electrónico:</b> _____ <b>Si es tutor legal, relación con el estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____ <b>Teléfono de casa :</b> _____ <b>Teléfono Celular::</b> _____  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Contacto Adicional Para Casos de Emergencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <b>Nombre:</b> _____  <b>Parentesco con el estudiante:</b> _____  <b>Teléfono particular:</b> _____ <b>Teléfono del trabajo:</b> _____  <b>Celular:</b> _____                 </td> </tr> </tbody> </table>	Contacto Adicional Para Casos de Emergencia	<b>Nombre:</b> _____ <b>Parentesco con el estudiante:</b> _____ <b>Teléfono particular:</b> _____ <b>Teléfono del trabajo:</b> _____ <b>Celular:</b> _____
Contacto Adicional Para Casos de Emergencia			
<b>Nombre:</b> _____ <b>Parentesco con el estudiante:</b> _____ <b>Teléfono particular:</b> _____ <b>Teléfono del trabajo:</b> _____ <b>Celular:</b> _____			

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
<b>¿Tiene su hijo/a Medicaid?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ <b>¿Tiene su hijo/a Child Health Plus?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____ <b>¿Qué plan tiene?</b> <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health (HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Wellcare	<b>¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____ <b>Identificación del miembro/Número de póliza:</b> _____ <b>Teléfono del seguro de salud:</b> _____  <b>Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llames para ayudarlo a obtener un seguro de salud?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <b>¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted?</b> _____

**Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Community Healthcare Network (HCSP) Centro Escolar de Salud.  
**AVISO:** Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_  
**Fecha**

**POR FAVOR CERCÍOARSE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

Proveedor de servicios de salud y Domicilio (HCSP) 60 Madison Avenue, New York, NY 10010

Escuelas incluidas) Essex Street Academy; High School for Dual Language and Asian Studies; Lower Manhattan Arts Academy; New Design High School; Urban Assembly Academy of Government and Law

**CAJA 1. SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de Community Healthcare Network (HCSP) como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedad- des transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

**CAJA 2 :**

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK  
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD  
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO  
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Community Healthcare Network (HCSP) Centro de Salud Escolar para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

**Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:**

**Información requerida por ley o por Disposición de la Canciller pero no limitado a:**

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

**Información para proteger las salud y las seguridad**

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

**Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:**

**Desde:** Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

**Hasta:** Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

**POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

## La salud de su hijo/a

Este informe indaga sobre la salud de su hijo/a. Nos ayudará a brindarle la mejor atención posible a su hijo/a. Complete este formulario y llévelo al Centro de Salud Escolar en el salón 240.

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Parentesco: \_\_\_\_\_

## Información de su hijo/a

Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes Día Año Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

En el último año, ¿su hijo/a fue al:

médico?

dentista?

¿Su hijo/a toma algún medicamento, suplemento o hierba actualmente? Escríbalos. Escriba los que recibió del médico de su hijo/a y los que compra en la farmacia.

Medicamento	Motivo

## Problemas de salud de su hijo/a

Marque los problemas de salud que tenga su hijo/a:

TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)

Asma

Varicela

Depresión u otros problemas de salud mental

Diabetes

Problemas cardíacos

Otros problemas: \_\_\_\_\_

Niveles altos de plomo

Discapacidad del aprendizaje

PPD positivo, tuberculosis, vacuna BCG

Fiebre reumática

Convulsiones o epilepsia

## Problemas de salud familiares

Algunos problemas de salud son de familia. Marque los problemas que una persona de su familia, como madre, padre, hermano/a, abuelo/a o tío/a tenga o haya tenido. También escriba el parentesco de esa persona con su hijo/a.

### Problema cardíaco

### Parentesco con su hijo/a

Una enfermedad de la sangre o un derrame cerebral

\_\_\_\_\_

Cáncer: tipo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Depresión u otros problemas de salud mental

\_\_\_\_\_

Diabetes

\_\_\_\_\_

Muerte temprana (antes de los 45 años)

\_\_\_\_\_

Presión arterial alta, infarto u otro problema cardíaco \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otro problema: \_\_\_\_\_

¿Quién(es) vive(n) con su hijo/a? Puede marcar más de una opción.

Madre

Tutor(a)

Padre

Hermana

Madrastra

Hermano

Padrastro

Otro adulto: \_\_\_\_\_

En el último año, ¿se produjo alguno de estos cambios **en su** familia? Marque la casilla si alguien de la familia de su hijo/a:

Perdió el trabajo

Dio a luz

Se casó

Se enfermó de gravedad

Se separó

Murió

Se divorció

Cambió de escuela

Otro cambio de vida: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud o el estilo de vida de su hijo/a?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que quiera contarnos sobre su hijo/a?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para uso  
**EXCLUSIVO** de la  
clínica

Cuestionario recibido por: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_

*Firma del proveedor*

*Fecha*

Cita necesaria/otorgada (anotar fecha): \_\_\_\_\_