

The Institute for Family Health  
School-Based Health Program  
www.institute.org



## ¡Es rápido y fácil que su niño/a reciba servicios médicos en el Centro de Salud Escolar de James Kieran Middle School Campus!

Querido Padre o Encargado:

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a en JAMES KIERAN MIDDLE SCHOOL CAMPUS tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por The Institute For Family Health y es parte del Mount Sinai Hospital. El Centro de Salud Escolar tiene profesionales de The Institute For Family Health con licencia consiste de proveedores médicos y de salud mental.

**Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el centro de salud escolar y también ver a sus otros médicos. Su firma en esta autorización no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta la cantidad de visitas a su médico privado.**

**Su hijo/a puede recibir servicios notados aquí en nuestro Centro sin ningún costo a usted y sin importar si tiene o no seguro médico. Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar está permitido facturar a su compañía de seguro, sin embargo, **no hay copagos para usted, y usted no recibirá una cuenta.****

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos completos;
- Medicinas y recetas a su farmacia;
- Exámenes de laboratorio;
- Vacunas;
- Servicios médicos, incluyendo tratamiento para condiciones urgentes o crónicas
- Servicios de la salud reproductiva apropiadas para la edad;
- Educación de la salud;
- Servicios de salud mental;
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas;
- Evaluación y referidos para seguro médico;
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana

Para registrar su hijo/a para que reciban servicios médicos, un padre o un encargado debe **leer y firmar** los siguientes formularios.

- ☺ **Consentimiento de los Padres**
- ☺ **Cuestionario de Historia Clínica Básica**

Por favor devuelva el formulario a coordinador de padres o directamente al Centro de Salud Escolar localizado en salón 142.

El Centro de Salud Escolar se encuentra en el primer piso de la escuela de su hijo/a. Las horas son de lunes a viernes entre las 8:30 am –4:00 pm.

Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere. Visítenos en el Centro de Salud Escolar o llámenos al (347)821-3270 para obtener más información.

Sinceramente,

Elizabeth Ring, CPNP  
Medical Directors  
The Institute for Family Health

Richard Hallenbeck  
Principal  
JHS 123 – The Bronx Urban Community Magnet School

Tara Joye  
Principal  
The School for Inquiry and Social Justice

Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación de NYC  
**AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

**Proveedor de servicios de salud y domicilio:** 1025 Morrison Avenue, Room 142, Bronx, NY 10472

**Teléfono:** (347)821-3270 **Fax:** (347)821-3271

**Escuelas incluidas:** The School for Inquiry and Social Justice

JHS 123 The Bronx Urban Community Magnet School

*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
<p><b>Apellido del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Nombre del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____  <small>  Mes  Día  Año</small></p> <p><b>Dirección del estudiante:</b> _____</p> <p>_____  <small>  Ciudad  Estado  Código postal</small></p> <p><b>Correo electrónico del estudiante:</b> _____</p> <p><b>*Número de seguro social del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <b>Grado:</b> _____</p> <p><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 _____</p> <p><b>Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico?</b>  <b>Nombre:</b> _____  <b>Teléfono:</b> _____  <b>Dirección:</b> _____</p> <p><b>Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas:</b>  <b>Farmacia:</b> _____  <b>Dirección de Farmacia:</b> _____  <b>Teléfono de Farmacia:</b> _____</p> <p><b>*Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro</b></p>	<p><b>Padres/Guardián legal:</b>  <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____  <b>Teléfono de casa:</b> _____  <b>Celular:</b> _____  <b>Correo Electrónico:</b> _____</p> <p><b>Padres/Guardián legal:</b>  <b>Apellido:</b> _____ <b>Nombre:</b> _____  <b>Teléfono de casa:</b> _____  <b>Celular:</b> _____  <b>Correo Electrónico :</b> _____</p> <p><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>Celular:</b> _____  <b>Correo Electrónico:</b> _____</p> <div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 2px;"><b>Contacto Adicional Para Casos de Emergencia</b></div> <p><b>Nombre:</b> _____  <b>Parentesco con el estudiante:</b> _____  <b>Teléfono de casa:</b> _____  <b>Teléfono del trabajo:</b> _____  <b>Celular:</b> _____</p>

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
<p><b>Tiene su hijo/a Medicaid?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____</p> <p><b>Tiene su hijo/a Child Health Plus?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____</p> <p><b>Qué plan tiene?</b>  <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis  <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus  <input type="checkbox"/> Emblem Health(HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Metro Plus  <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare</p>	<p><b>Tiene su hijo/a otro seguro médico?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____</p> <p><b>Identificación del miembro/Número de póliza:</b>          _____</p> <p><b>Teléfono del seguro médico:</b> _____</p> <p><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"/> Sí Cuál es la major hora de comunicarse con usted?</p>

**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 James Kieran Middle School Campus 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 pude 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**

**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 James Kieran Middle School Campus School-Based Health Center 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 enfermedades 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 James Kieran Middle School Campus 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) Diagnosis 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 medico
- 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

**Estimado Padre/Madre/Guardián:** La salud de su niño es importante. Para ayudar al Centro de Salud a entender mejor sus necesidades de salud, y/o para cuidar de su niño en caso de emergencia, complete este breve y confidencial formulario.

<b>Nombre del niño</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>			<b>Escuela</b>			<b>Grado</b>		
<b>El historial de salud de su niño</b>			<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro</b>	<b>El Dep de Salud de Estado de NY requiere estas preguntas sobre el riesgo de tuberculosis e intoxicación por plomo:</b>			<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro</b>
¿Tiene su niño alguna alergia a los medicamentos? De ser así, ¿cuáles son?						¿Alguna vez ha tenido su niño tuberculosis o un examen de piel para tuberculosis positivo? De ser así, ¿a qué edad?					
¿Tiene su niño alguna alergia a los alimentos? De ser así, ¿cuáles son?						¿Ha estado su niño alrededor de alguien con la enfermedad de tuberculosis (TB)? De ser así, ¿cuándo? ¿Quién?					
¿Ha habido cambios en la salud de su niño en el año pasado? De ser así, ¿cuáles son?						¿Tiene su niño un contacto cercano o vice con una persona que tiene un examen de piel para tuberculosis positivo? De ser así, ¿cuándo? ¿Quién?					
¿Toma su niño algún medicamento regularmente? De ser así, ¿cuáles son?						¿Ha vivido su niño en los Estados Unidos por menos de 5 años? De ser así, ¿dónde más ha vivido?					
¿Alguna vez ha tenido su niño varicela? De ser así, ¿a qué edad?						¿Ha viajado su niño fuera de los Estados Unidos por más de un mes a la vez? De ser así, ¿a dónde?					
¿Alguna vez ha sido su niño hospitalizado o ha tenido cirugías? De ser así, ¿para qué?						¿Ha viajado su niño, o ha usado cerámica glaseada, remedios caseros, cosméticos, alimentos, especias) importados de Haití, México, Pakistán, la República Dominicana, o Bangladesh?					
¿Tiene su niño un doctor al que va y le gusta fuera de la escuela? ¿Cuándo fue la fecha de su último examen completo de salud/físico? Fecha:						<b>¿Con quién vive el niño?</b>					
¿Tiene su niño un dentista al que va y le gusta fuera de la escuela? ¿Cuándo fue su última visita dental? Fecha:						<b>¿En el año pasado, ha habido algunos cambios mayores en su familia? (Eg. matrimonio, divorcio, enfermedades graves, muertes, otro)</b>					
<b>¿Tiene su niño alguna condición o problema de salud?</b>			<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro</b>	<b>¿Algún familiar, vivo o muerto, ha tenido alguno de estos problemas? Marque todo lo que corresponda:</b>			<b>N/A</b>	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>
Alergias (estacionales/ambientales)						Asma					
Ansiedad/depresión (marque uno o ambos)						Desordenes de sangre/anemia falciforme					
Asma						Depresión/ansiedad					
Trastorno de Déficit de Atención						Diabetes					
Diabetes						Ataque al corazón antes de los 50 años					
Obesidad						Presión arterial alta					
Otro:						Colesterol alto					
Si su niño viene al centro de salud por un pequeño dolor (dolor de cabeza/de dientes/cólicos menstruales), ¿le gustaría que le llamáramos ANTES de que se le dé a su niño medicina para aliviar el dolor sin receta (como Tylenol/Motrin al menos que sea alérgico)? <b>Marque uno: Sí No</b>						Obesidad					
Nombre			Fecha			Fumar cigarros de tabaco/puros					
Firma						Otro:					
Relación con el niño											

Por favor llame el centro de salud con cualquier pregunta. ¡Gracias!



# ATENCIÓN MÉDICA Y MÁS

## PARA TI Y TU FAMILIA



- Exámenes físicos
- Atención para condiciones crónicas
- Medicamentos y recetas
- Ayuda con registro a seguro médico
- Autorización Deportiva
- Pre-empleo
- Vacunas
- Exámenes de oído y visión
- Atención de la salud reproductiva
- Servicios de salud mental
- Recomendaciones a otros profesionales médicos



Estamos aquí todos los días que la escuela está abierta, de 8:30 am a 4:00 pm. Registre a su hijo(a) ahora mismo para obtener servicios de salud confidenciales, de calidad y sin costo en la escuela.

**NO SE LE RECHAZA A NADIE.**

### **JAMES M. KIERAN CAMPUS CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

Para estudiantes en:

- **J.H.S. 123 – The Bronx Urban Community Magnet School**
- **M.S. 337 – The School for Inquiry and Social Justice**

1025 Morrison Ave, Sala 142, Bronx, NY 10472

(347) 821-3270

Fax: (347) 821-3271

Para atención médica para niños y adultos, visite uno de los siguientes centros de salud o visite [institute.org/locations](http://institute.org/locations) para obtener información de más ubicaciones.

#### **STEVENSON FAMILY HEALTH CENTER**

731 White Plains Road  
Bronx, NY 10473  
(718) 589-8775

#### **WALTON FAMILY HEALTH CENTER**

1894 Walton Avenue  
Bronx, NY 10453  
(718) 583-3060

#### **HARLEM FAMILY HEALTH CENTER**

1824 Madison Avenue  
New York, NY 10035  
(844) 434-2778

[www.institute.org](http://www.institute.org)

