

Programa de Salud Escolar de Montefiore
Centro de salud escolar
Consentimiento general del estudiante adulto

Fuente
<input type="checkbox"/> Presentación en clase
<input type="checkbox"/> Llamada telefónica
<input type="checkbox"/> Programa de orientación/Bridge
Programas escolares
<input type="checkbox"/> Inscripción escolar
<input type="checkbox"/> Participación de los padres
<input type="checkbox"/> Participación de los estudiantes

Sólo para uso interno

N° OSIS _____

N.º de historia clínica _____

Por favor, tenga presente que puede utilizar los servicios del Centro de salud escolar y consultar a otros médicos. Firmar este formulario de consentimiento no modifica su seguro, no cambia a su médico particular y no afecta la cantidad de veces que puede consultar a su médico.

DATOS DEL ESTUDIANTE	DATOS DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR
Apellido del estudiante: _____	Padre, madre o tutor
Primer nombre del estudiante: _____	Relación: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i>	Apellido: _____ Primer nombre: _____
Dirección del estudiante: _____	Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i>
_____ <i>Ciudad Estado Código postal</i>	Teléfono: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico del estudiante: _____	Dirección de correo electrónico: _____
*Número de seguro social del estudiante: _____	Padre, madre o tutor
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____	Relación: _____
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco	Apellido: _____ Primer nombre: _____
<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Asiático/De las islas del Pacífico	Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i>
<input type="checkbox"/> Otra _____	Teléfono: _____ Teléfono celular: _____
¿Tiene un médico que lo atiende habitualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico: _____
Nombre: _____	Idioma de preferencia: _____
Teléfono: _____	
Dirección: _____	
¿Tiene un dentista que lo atiende habitualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL
Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono: _____	Relación con el estudiante: _____
Dirección: _____	Teléfono del hogar o el trabajo: _____
Indique a qué farmacia podemos enviar recetas.	Teléfono celular: _____
Farmacia: _____	
Dirección de la farmacia: _____	
Teléfono de la farmacia: _____	
*Indica los campos opcionales: se usará únicamente con fines del seguro	

Casillero 1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Por favor, firme el casillero 1 y el casillero 2

He leído y comprendo los servicios que se mencionan en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y con mi firma brindo consentimiento para recibir los servicios del Centro de salud escolar de Montefiore Medical Center. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi firma también brinda consentimiento para que se contacten con otros proveedores que puedan haberme evaluado.

X _____
Firma del estudiante Aclaración en letra de imprenta Fecha

Casillero 2. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

He leído y comprendo las disposiciones sobre divulgación de información de salud que figuran en el casillero 2 del dorso de este formulario. Con mi firma indico mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado únicamente en la sección del casillero 2.

X _____
Firma del estudiante Aclaración en letra de imprenta Fecha

Programa de Salud Escolar de Montefiore
Centro de salud escolar
Consentimiento general del estudiante adulto

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	CASILLERO 1
<p>Doy mi consentimiento para recibir cuidados de salud de profesionales de la salud del Centro de salud escolar de MONTEFIORE MEDICAL CENTER autorizados por el estado como parte del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre mi persona y el proveedor de atención médica en áreas específicas de servicio en conformidad con lo que dispone la ley, los servicios del Centro de salud escolar pueden incluir, entre otros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Cuidados de salud reproductiva, incluso orientación sobre abstinencia, anticoncepción [suministro de píldoras anticonceptivas, condones, Depo (la inyección), anticonceptivo reversible de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés) otros métodos aprobados por la FDA], pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas del VIH/tratamiento y remisiones en caso de resultados anormales. 7. 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. 8. Exámenes odontológicos, entre otros: diagnóstico, tratamiento y sellantes cuando estén disponibles. 9. Remisiones para servicios que no se brindan en el centro de salud escolar. 10. Cuestionario/encuesta anual de salud. 	

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK	CASILLERO 2		
<p>HOJA INFORMATIVA PARA CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD</p>			
<p>Con mi firma al dorso de este formulario autorizo la divulgación de información médica, tal como se especifica a continuación. Es posible que dicha información esté protegida por la legislación federal y estatal que rige en materia de privacidad.</p> <p>Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para que se comparta información médica, tal como se especifica a continuación, 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.</p> <p>Me respondieron las preguntas que hice sobre este formulario. Comprendo 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, una vez que se haya divulgado la información, no se puede revocar en forma retroactiva para cubrir información divulgada antes de la revocación.</p> <p>Autorizo al Centro de salud escolar de <u>Montefiore Medical Center</u> a divulgar información médica específica del estudiante que se indica en el dorso a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (o al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).</p> <p>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:</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><u>La información requerida por ley o por las disposiciones del Canciller incluye entre otra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Examen físico integral (Formulario CH-205 o equivalente como exámenes deportivos, etc.) * Resultados de estudios de visión y audición * Vacunas (obligatorias/recomendadas) * Resultados de prueba de tuberculina </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p><u>Información para proteger la salud y la seguridad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia, incluyendo enfermedades crónicas * Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante * Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (NO incluye información de VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley). * Cobertura de seguro de salud * Inscripción en el Centro de salud escolar * Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) </td> </tr> </table>		<p><u>La información requerida por ley o por las disposiciones del Canciller incluye entre otra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Examen físico integral (Formulario CH-205 o equivalente como exámenes deportivos, etc.) * Resultados de estudios de visión y audición * Vacunas (obligatorias/recomendadas) * Resultados de prueba de tuberculina 	<p><u>Información para proteger la salud y la seguridad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia, incluyendo enfermedades crónicas * Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante * Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (NO incluye información de VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley). * Cobertura de seguro de salud * Inscripción en el Centro de salud escolar * Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)
<p><u>La información requerida por ley o por las disposiciones del Canciller incluye entre otra:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Examen físico integral (Formulario CH-205 o equivalente como exámenes deportivos, etc.) * Resultados de estudios de visión y audición * Vacunas (obligatorias/recomendadas) * Resultados de prueba de tuberculina 	<p><u>Información para proteger la salud y la seguridad:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia, incluyendo enfermedades crónicas * Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante * Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (NO incluye información de VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley). * Cobertura de seguro de salud * Inscripción en el Centro de salud escolar * Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) 		
<p><u>Período durante el que se autoriza la divulgación de información:</u></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;">Desde: Fecha en la que se firma el formulario en la página opuesta</td> <td style="width:50%;">Hasta: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)</td> </tr> </table>		Desde: 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 Centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)
Desde: 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 Centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)		
<p><i>NOTA: El presente Formulario de consentimiento de los padres para el Centro de salud escolar ha sido aprobado por el Departamento de Educación (DOE)/Oficina de Salud Escolar (OSH)</i></p>			

Programa de Salud Escolar de Montefiore

Historia clínica básica del estudiante adulto

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

Estimado estudiante: Su salud es importante para nosotros. Todos los años realizamos una breve evaluación de salud de cada uno de los estudiantes que se inscriben en el Centro de salud escolar de Montefiore para comprender mejor sus necesidades de salud. La evaluación incluye control de altura, peso y presión arterial. También revisamos el registro de vacunación. Dicha evaluación no reemplaza el examen físico completo que debe realizar cada año con su proveedor de atención médica regular. Por favor, incluya el nombre de su proveedor de atención médica para que podamos trabajar juntos en su atención.

Si no tiene un proveedor de atención médica, podemos realizar el examen físico completo en el Centro de salud escolar. No se requiere seguro de salud. Somos parte de Montefiore Medical Center y usamos la misma historia clínica que Montefiore Health System. Esto significa que podemos comunicarnos directamente con los médicos de Montefiore a través de su historia clínica. Por favor, infórmenos si su información de contacto cambia. Para ayudar al Equipo de Salud Escolar a comprender sus necesidades médicas para atención regular y de emergencia, responda las siguientes preguntas.

¿Alguna vez tuvo un problema de salud grave o crónico?	No	Sí
Asma		
Depresión o ansiedad (<i>marque con un círculo una o ambas opciones, si corresponde</i>)		
Sobrepeso u obesidad		
Otras afecciones crónicas (diabetes, anemia de células falciformes, etc.)		
¿Alguna vez le han diagnosticado un soplo cardíaco?		
¿Toma alguna medicación en forma regular? Si la respuesta es "sí", por favor, indique el nombre, la dosis y la frecuencia con que lo toma.		
¿Alguna vez ha estado hospitalizado o le han realizado una cirugía? Si la respuesta es "sí", ¿por qué motivo? _____		
¿Ha tenido varicela? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? _____		
¿Tiene alergias a medicamentos o alimentos?	No	Sí
¿Es alérgico/a a algún medicamento? Si la respuesta es "sí", por favor indique a cuáles _____		
¿Es alérgico/a a algún alimento? Si la respuesta es "sí", por favor indique a cuáles _____		
Si la respuesta es "sí", ¿tiene un Epi-pen?		

¿Alguno de sus familiares ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.	Madre	Padre	Hermanos	Abuelo/a	Otro
Asma					
Diabetes					
Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular (derrame) antes de los 45 años					
Colesterol alto					
Hábito de fumar cigarrillos/cigarros de tabaco					
Otro:					
Otro:					
Fallecido/a					
Otro:					

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.	No	Sí
¿Tuvo tuberculosis o un resultado positivo en la prueba cutánea de tuberculosis alguna vez? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? _____ Año _____		
¿Ha tenido contacto alguna vez con una persona con tuberculosis (TB)? Si la respuesta es "sí": Cuándo _____ ¿Con quién? _____		
¿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? _____		
¿Ha vivido en los Estados Unidos durante menos de 5 años? Si la respuesta es "sí", ¿dónde vivía antes? _____		
¿Ha estado fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad? _____ ¿Dónde? _____		
¿Ha viajado a Haití, México, República Dominicana, Pakistán o Bangladesh o ha usado productos (cerámica esmaltada, remedios caseros, cosméticos, alimentos o especias) importados de esos países?		

Fecha (Mes/Día/Año)

Nombre

Firma

Programa de Salud Escolar de Montefiore

Formulario del seguro

Solo para uso interno	
Nombre del estudiante _____	N.º de historia clínica: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año	

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 por cualquiera de los servicios brindados en los Centros de salud escolar de Montefiore.

DATOS DEL SEGURO DE SALUD

¿Tiene Medicaid?

No Sí: N.º de ID de Medicaid _____

¿Tiene Child Health Plus?

No Sí: N.º CHP _____

¿Qué plan?

- | | |
|---|---|
| <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 |

¿Tiene seguro para la VISIÓN? Sí No

Complete a continuación o adjunte una copia de su tarjeta del seguro.

Nombre del seguro para la visión: _____

Dirección del seguro para la visión: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nº de póliza: _____

Nº de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____

Sexo: F M Mes Día Año

Si no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante se comunicara con usted para asistirlo con la obtención de un seguro de salud?

No Sí ¿Cuál es el mejor horario para comunicarse con usted?

¿Tiene OTRO seguro de SALUD? Sí No

Complete a continuación o adjunte una copia de su tarjeta del seguro.

Nombre del seguro de salud: _____

Dirección del seguro de salud: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nº de póliza: _____

Nº de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____

Sexo: F M Mes Día Año

¿Tiene seguro DENTAL? Sí No

Complete a continuación o adjunte una copia de su tarjeta del seguro.

Nombre del seguro dental: _____

Dirección del seguro dental: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nº de póliza: _____

Nº 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 tiene derecho directamente al Programa de Salud Escolar de Montefiore (MSHP, por sus siglas en inglés) para cubrir el costo de la atención y el tratamiento que se me brindaron en los Centros de salud escolar de Montefiore ("SBHC").

2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

En caso de que mi Aseguradora se niegue a pagar al MSHP por los servicios provistos, 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 los SBHC me brindaron. Es posible que se solicite este material para que mi aseguradora reevalúe su decisión de rechazar el pago de tales servicios. Autorizo al Programa de Salud Escolar de Montefiore, a mi proveedor tratante y a sus respectivos representantes a usar y divulgar mi información de salud para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud necesarios. Comprendo que mi información de salud puede incluir información relacionada con enfermedades mentales o SIDA/Complejo relacionado con el Sida (CRS)/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 es correcta. Autorizo al poseedor de información médica o de otro tipo sobre mi persona a divulgar cualquier información necesaria para este reclamo u otro relacionado a los Centros para servicios de Medicare/Medicaid y a su agente y/o a cualquier otra empresa aseguradora de la que reciba cobertura. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a mi nombre a los Centros de salud escolar de Montefiore por cualquier servicio que los proveedores del SBHC le proporcionen a él/ella.

4. DATOS DEL SEGURO DE SALUD

Entiendo que los Centros de salud escolar de Montefiore usarán diversos medios para determinar si tengo alguna cobertura de seguro. Estos medios incluyen el Sistema Electrónico de Verificación de Elegibilidad de Medicaid (Electronic Medicaid Eligibility Verification System) o a otros propietarios de información acerca de mi persona. 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 ESTUDIANTE

FECHA

FIRMA DEL ESTUDIANTE