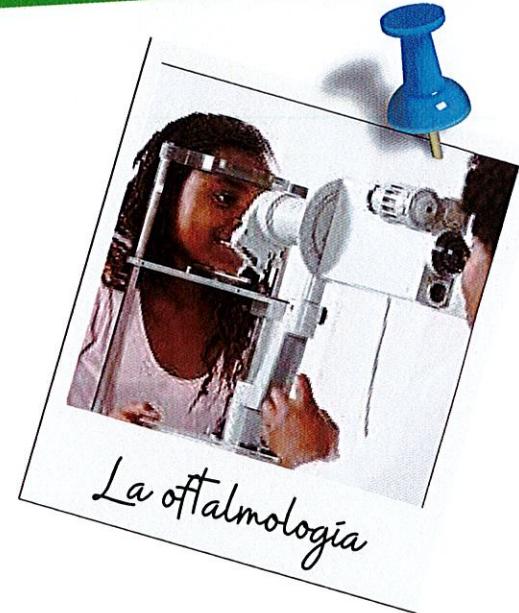
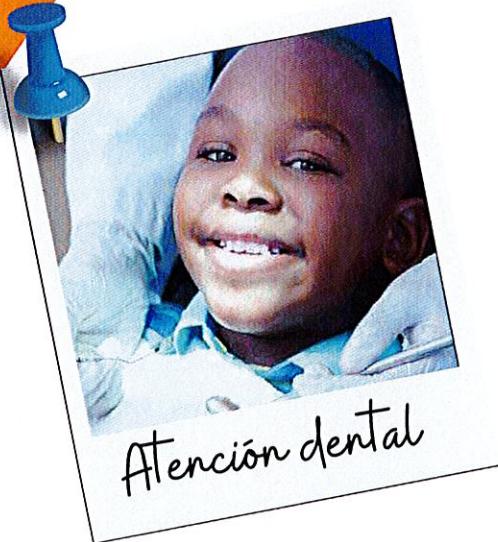




## SCHOOL BASED HEALTH CENTER

### PAQUETE DE CONSENTIMIENTO



El Programa del Centro de Salud de MHHC SBHC está convenientemente ubicado en la escuela de su hijo. Nuestro SBHC no reemplaza al médico de atención primaria de su hijo, sino que trabajamos estrechamente con ellos para proporcionar continuidad en la atención.

En nuestro centro de salud, su hijo recibe atención y servicios que se brindan **SIN COSTO** para usted, independientemente del seguro o el estado migratorio. Los estudiantes tienen fácil acceso a:

- ✓ Servicios de Atención Primaria
- ✓ El Examen Físico
- ✓ Servicios de Educación para la Salud
- ✓ La Inmunización
- ✓ Servicios de Salud Mental
- ✓ Servicios Dentales y de la Vista (en ubicaciones seleccionadas)

**MHHC School Based Health Center**  
2306 Walton Avenue  
Bronx, NY 10453  
718-716-4400

**Devolver el formulario de a su  
ubicación de SBHC  
O por correo electrónico a  
sbhcquestions@mhhc.org**



**!Es rápido y fácil para su hijo recibir servicios de atención médica a través del Centro de Salud Escolar de Morris Heights Health Center!**

Querido Padre o Tutor Legal:

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por Morris Heights Health Center. El Centro de Salud Escolar cuenta con profesionales con licencia que consiste de proveedores médicos y de salud mental de Morris Heights Health Center.

**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. Además, si ya completó un consentimiento de los padres del centro de salud basado en la escuela de MHHC en su escuela anterior, su hijo se inscribirá automáticamente y podrá acceder a nuestros servicios de inmediato.**

Aquí en nuestro Centro, su hijo/a puede recibir los servicios listados sin ningún costo para Usted y sin importar si tiene o no seguro médico. Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar puede facturar a su compañía de seguro, sin embargo, no hay copagos para Usted, y Usted no recibirá una factura.

**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;
- Visitas en persona o remotas de Tele Salud
- Educación de la salud y Consejería;
- Servicios de Salud Mental;
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas;
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana
- Servicios dentales, limpiezas bucales de atención preventiva, selladores, aplicaciones de barniz de fluoruro y fluoruro de diamina de plata

Para registrar a su hijo/a para que reciba servicios médicos, un padre o tutor legal debe leer, completar y firmar los siguientes formularios:

☺ **Consentimiento de los Padres**

☺ **Resumen médico**

Por favor devuelva los formularios a la oficina del director de la escuela o directamente al Centro de Salud Escolar. También puede enviar los formularios directamente al Centro de Salud Escolar a nuestro email [sbhcquestions@mhhc.org](mailto:sbhcquestions@mhhc.org).

El Centro de Salud Escolar de la escuela de su hijo/a esta abierto de lunes a viernes entre las 8:00am-4:00pm.

Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere.

Lo invitamos a visitarnos en línea a [www.mhhc.org](http://www.mhhc.org), donde puede realizar un recorrido virtual de la Clínica, obtener más información útil, materiales educativos y actualizaciones generales del Programa.

No dude en llamarnos al (718) 483-1270 Ext 2471 para más información. ¡Estamos aquí para usted!

Con Salud y Bienestar,

Nicole Clarke, Director of School Based Health Program  
Sarmistha Mukherjee, MD-Clinical Director School Based Health Program

MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER

Centro De Salud Escolar

AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Proveedor de servicios de salud y domicilio

Escuelas incluidas):

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
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes      Día      Año Dirección del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino      Grado: _____ **Número de seguro social del estudiante: _____ Grupo étnico: <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 _____ ¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ **Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro	Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Si es tutor legal, relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ Contacto Adicional Para Casos de Emergencia Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

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

**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 MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER 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

POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

Proveedor de servicios de salud y Domicilio (HCSP) \_\_\_\_\_  
 (Escuelas incluidas) \_\_\_\_\_

**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 MORRIS HEIGHTS 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 MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER \_\_\_\_\_ 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 tuberculosis

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**



**CENTRO DE SALUD ESCOLAR  
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD MEDICA**

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del niño/a:** \_\_\_\_\_

**¿Hay algún problema médico que le preocupe de su hijo/a?**

\_\_\_\_\_

**Su hijo/a tiene alguna alergia (alimentos, medicaciones, ambientales)? Explique la reacción alérgica:**

\_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales (incluya vitaminas/fluoruro/suplementos):**

1. \_\_\_\_\_ Prescrito por: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Prescrito por: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Prescrito por: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ Prescrito por: \_\_\_\_\_

**Nombre / Dirección / Número de teléfono del dentista primario**

\_\_\_\_\_

**Fecha del último examen dental:** \_\_\_\_\_

Por quién: \_\_\_\_\_

**Nombre / Dirección / Número de teléfono del doctor de atención primaria (PCP)**

\_\_\_\_\_

**Fecha del último examen médico:** \_\_\_\_\_

Por quién: \_\_\_\_\_

**Enumere hospitalizaciones, enfermedades, accidentes, huesos rotos, cirugías, etc. Por favor explíquelo:**

\_\_\_\_\_

**Indique cuál de las siguientes condiciones o problemas ha tenido su hijo/a que le preocupan. Por favor explíquelo:**

Problemas en la piel \_\_\_\_\_  Fiebre reumática \_\_\_\_\_

Problemas en los ojos \_\_\_\_\_  Varicela \_\_\_\_\_

Infecciones del oído \_\_\_\_\_  Dolores en las articulaciones \_\_\_\_\_

Dificultad para oír \_\_\_\_\_  Pérdida de conocimiento \_\_\_\_\_

Neumonía \_\_\_\_\_  Otros problemas pulmonares \_\_\_\_\_

Soplo cardiaco \_\_\_\_\_  Ictericia \_\_\_\_\_

Problemas del habla \_\_\_\_\_  Estreñimiento \_\_\_\_\_

Heces negras \_\_\_\_\_  Dolor al orinar \_\_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_\_  Sangrados nasales frecuentes \_\_\_\_\_

Orinarse en la cama \_\_\_\_\_  Dolor de garganta frecuente \_\_\_\_\_

Períodos menstruales dolorosos \_\_\_\_\_  Infección del riñón o vejiga \_\_\_\_\_

Diarrea frecuente \_\_\_\_\_  Dolores de estómago frecuentes \_\_\_\_\_



**CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

**Por favor indique cualquier Especialista que vea a su hijo/a (Médico Especialista, Consejero, o Terapeuta del Habla, Físico u Ocupacional)**

---

---

---

**¿Quién más vive en la casa con su hijo/a?**

Por favor indique: Nombre completo / Edad / Estatus de salud (Saludable/No Saludable)

Madre: \_\_\_\_\_  
Padre: \_\_\_\_\_  
Hermanos: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:**

Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que tienen sus familiares (incluidos tíos/as, primos/as, abuelos/as):

Condición	Relación familiar	Condición	Relación familiar
Eccema	_____	Anemia o problemas sanguíneos	_____
Transtorno convulsivo	_____	Alcoholismo	_____
Tuberculosis	_____	Enfermedad renal	_____
Fiebre del heno	_____	Fibrosis quística	_____
Asma	_____	Cáncer	_____
Discapacidad intelectual	_____	Presión arterial alta	_____
Defectos congénitos	_____	Ataque al corazón o Ataque cerebral	_____
Diabetes	_____	Problemas psiquiátricos	_____
Obesidad	_____	Triglicéridos	_____
Muerte antes de los 50 años, excepto por accidente	_____		
Colesterol alto u otras condiciones no mencionadas arriba	_____		

**OTRO: ¿Tiene alguna inquietud (conductual, emocional o de otro tipo) sobre su hijo/a?**

**En caso afirmativo, por favor explíquelo:**

---

---

---

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA:**

Review by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Review by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Resumen de sus Derechos de Privacidad

Este resumen describe sus derechos y nuestra responsabilidad con respecto a la privacidad de su información médica. Una copia detallada de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a pedido previa solicitud.

Su privacidad es muy importante para nosotros, y estamos comprometidos a proteger la información de salud que lo identifica. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud. Se aplican protecciones especiales de privacidad al estatus del VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética.

### Cómo podemos usar su información de salud divulgada:

#### Para Tratamiento

El MHHC puede usar su Información de Salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar Información de Salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en su cuidado. También podemos divulgar Información de Salud a personas fuera del MHHC que puedan estar involucradas en su atención médica.

#### Para Operaciones de Atención Médica

Podemos usar y divulgar Información de Salud para propósitos de operaciones de cuidado de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para nuestros propósitos de operación y administración.

#### Otros Usos y Divulgaciones

Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley internacional, federal, estatal o local. Podemos divulgar Información de Salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la Información de Salud es necesaria para tales funciones o servicios. Podemos divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Podemos divulgar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Otros usos y divulgaciones de la Información de Salud no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su permiso por escrito.

#### Sus derechos con respecto a la información de salud sobre usted

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la Información de Salud que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Usted puede pedir al MHHC que corrija sus registros si cree que son incorrectos o incompletos. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de otras personas u organizaciones a quienes hemos

divulgado su Información de Salud. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la Información de Salud que usamos o divulgamos para tratamiento u operaciones de atención médica. Usted también puede tener el derecho de solicitar un límite en la Información de Salud que revelamos sobre usted a su plan de salud o a alguien que está involucrado en su cuidado. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una manera más confidencial o en un lugar determinado. Si hay un acceso inadecuado o una violación, uso o revelación de su Información de Salud, le notificaremos.

Usted tiene derecho a una copia impresa de nuestro Aviso detallado de Prácticas de Privacidad. Por favor pregunte a un miembro de nuestro personal de atención médica o visite nuestro sitio web en [www.mhhc.org](http://www.mhhc.org). Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con Morris Heights Health Center o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con Morris Heights Health, llame a nuestra Línea Directa de Cumplimiento al 718-299-2971.

#### Nuestras Responsabilidades

Seguiremos los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso. Le proporcionaremos una copia. La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su Información Médica Protegida (PHI).