



Estimados padres/tutores:

¿Sabía usted que su hijo o hija puede obtener **Atención a la Salud** directamente en la escuela? Dearborn Park Elementary [cuenta con un Centro de Salud Escolar (School-based Health Center - SBHC) ubicado en el edificio y disponible para todos los estudiantes. El SBHC es dirigido por Neighborcare Health, un centro comunitario de salud que atiende a más de 55,000 personas en Seattle todos los años.

El SBHC ofrece un entorno agradable para los niños y todos los servicios de un médico familiar. El SBHC ofrece citas antes, durante y después de la escuela y proporciona los siguientes servicios:

- Evaluación y tratamiento de problemas de salud comunes
- Inmunizaciones, pruebas de laboratorio y medicamentos
- Exámenes para la práctica de deportes
- Atención de salud mental, social y emocional
- Atención de salud oral
- Atención a la salud preventiva, incluyendo educación preventiva sobre tabaco, alcohol y el uso de otras drogas
- Ayuda con la elegibilidad para el seguro de salud y asistencia en la inscripción
- Referencias a otros proveedores de atención a la salud según sea necesario

**Para usar este servicio, complete y firme los siguientes formularios en este paquete:**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Formulario de historial médico de salud (pág. 2)                          |
| <input type="checkbox"/> Formulario de registro (pág. 3)   |
| <input type="checkbox"/> Formulario de consentimiento (pág. 4)                                     |
| <input type="checkbox"/> Consentimiento para la divulgación de los registros de educación (pág. 5) |

**Los formularios se pueden enviar por correo con el paquete escolar o por separado utilizando el sobre adjunto. También puede entregarlos en persona en el SBHC o en la oficina principal de la escuela.**

Al completar el formulario de Consentimiento de Divulgación, usted nos permite compartir los registros escolares de su hijo/a con Neighborcare Health. El acceso a estos registros hace posible que Neighborcare Health trabaje con los docentes y el personal para mejorar el aprendizaje, la asistencia, las calificaciones y la conducta de los estudiantes.

**Neighborcare Health está dedicada a servir a todos los pacientes sin importar su capacidad de pago.** El SBHC de The Dearborn Park Elementary SBHC recibe apoyo del Families and Education Levy, pero este financiamiento no cubre totalmente los costos de operación del programa, de manera que el SBHC le cobrará a su seguro siempre que sea posible. Por favor complete la sección sobre seguros en el formulario de inscripción para garantizar que tengamos la información más actualizada.

Si usted no tiene seguro de salud, el personal del SBHC puede ayudarle a inscribirse en uno. Marque la casilla "No Insurance" (Sin seguro) en el formulario de registro y un miembro del personal de SBHC hará un seguimiento con ustedes. También puede llamar al SBHC directamente para pedir ayuda.

Dearborn Park Elementary tiene la fortuna de contar con el Centro de Salud Escolar, y espero que usted haga uso de este recurso para su hijo/a. Si desea mayor información o si necesita ayuda, llame al SBHC de Dearborn Park Elementary SBHC al 206-548-3166.

Atentamente,  
Angela Bogan  
Director


  
**neighborcare health**
  
 Centros de salud escolar (SBHC)
   
 Formulario de historial médico del adolescente

Para ayudarnos a brindar la mejor atención a su hijo, complete este formulario con la mayor cantidad de datos que sea posible. Para hacer una cita, sírvase llamar al Centro de Salud Escolar (el número telefónico está en la carta). Muchas Gracias.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Nombre)

(Apellido)

(Nombre en letra de imprenta de la persona que completó el formulario)

(Parentesco con el estudiante (si no es el mismo))

(Fecha en que se completó el formulario)

**PREGUNTAS ACERCA DE SU HIJO**

- Sí  No ¿Tiene una clínica o médico de atención primaria? En caso afirmativo, suministre:  
 Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo se ha realizado un chequeo o examen físico completo durante el último año?
- Sí  No ¿Su hijo se ha realizado un chequeo dental durante el último año?
- Sí  No ¿Su hijo tiene alergia a algún MEDICAMENTO? 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo tiene alergia a alguna otra cosa? (alimentos, ácaros del polvo, etc.)  
 Si su respuesta es afirmativa, diga cuáles: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? (incluya vitaminas y medicamentos de venta libre)
- | Medicamentos | Dosis | Motivo |
|--------------|-------|--------|
| 1. _____     | _____ | _____  |
| 2. _____     | _____ | _____  |

**¿Su hijo tiene alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan):**

**Problemas de salud crónicos o constantes:**

- |  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos/Infecciones en el oído |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Anemia       | <input type="checkbox"/> Bajo peso o exceso de peso                 |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos   | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Caries/Problemas dentales                  |

**Problemas de salud agudos o urgentes, incluso infecciones:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lesiones óseas o articulares | <input type="checkbox"/> Varicela                    | <input type="checkbox"/> Accidente o caída grave                  |
| <input type="checkbox"/> Infección urinaria o renal   | <input type="checkbox"/> Desmayos o desvanecimientos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (Infección de tuberculosis) |

**Otras cuestiones de bienestar:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exceso de preocupaciones o estrés | <input type="checkbox"/> Problemas escolares o de aprendizaje        | <input type="checkbox"/> Problemas de alcoholismo o drogadicción         |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta o de manejo de la ira | <input type="checkbox"/> Mi hijo ha sido amenazado o acosado por alguien |

**Problemas escolares o de aprendizaje en este o el último año escolar:**

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calificaciones bajas | <input type="checkbox"/> Calificaciones reprobatorias                        | <input type="checkbox"/> Suspensión |
| <input type="checkbox"/> Asistencia           | <input type="checkbox"/> Problemas de relación con los estudiantes o adultos |                                     |

**Otras condiciones médicas o necesidades especiales de atención a la salud:**

Descríbalas: \_\_\_\_\_

**Marque todas las afirmaciones que, según usted considera, generalmente son verdaderas para su hijo:**

- Mi hijo tiene un comportamiento acorde con un estilo de vida sano, come alimentos sanos, se mantiene activo y seguro.
- Mi hijo tiene por lo menos un adulto en su vida que se preocupa por él y a quien puede recurrir si necesita ayuda.
- Mi hijo tiene por lo menos un amigo o un grupo de amigos con quienes se siente cómodo.
- Mi hijo ayuda o participa activamente en un grupo de la escuela, una organización religiosa o la comunidad.
- Mi hijo es capaz de recuperarse de las decepciones que forman parte de la vida.
- Mi hijo siente esperanza y confianza en sí mismo.

**PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA**

¿Quién vive en su hogar? \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Han tenido algún cambio o problema importante durante el año pasado? En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_
- Sí  No ¿Alguna de las personas que vive en su casa fuma cigarrillos o cigarros?
- Sí  No En las comidas ¿comparten la mesa familiar?
- Sí  No ¿Hay algún arma de fuego en su casa?

**Historial médico familiar: (Marque todas las opciones que correspondan) Padre Madre Otros parientes (tía, tío, abuela, abuelo)**

	Padre	Madre	Otros parientes (tía, tío, abuela, abuelo)
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer; Identifique el tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco o apoplejía antes de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de alcoholismo o drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión o ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerte súbita o inexplicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis (Infección de tuberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso físico, sexual o verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades o condiciones, explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**FORMULARIO DE REGISTRO DE NEIGHBORCARE HEALTH - Centros de salud ubicados en escuelas**  
*Ayúdenos a prestarle un mejor servicio proporcionando la siguiente información confidencial*

*Sírvase completar un nuevo formulario de registro cada año para que tengamos en nuestros registros la información más actualizada.*

Nombre del estudiante: Apellido (Sr. Jr.)      Nombre:	Segundo nombre:	Otros nombres que ha usado: <i>(si corresponde)</i>	Sobrenombre:
Número de seguro social del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante: ____/____/____	Sexo del estudiante: <input type="checkbox"/> VARÓN <input type="checkbox"/> MUJER	

Dirección del estudiante (Calle o Casilla de correo): (Dpto. #)	<b>Padre, tutor o persona responsable:</b> Relación: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela <input type="checkbox"/> Hermano/hermana <input type="checkbox"/> Otro _____
Ciudad:                      Estado:                      Código postal:	Dirección del padre/madre/tutor: _____
Teléfono del Estudiante: _____ <i>Celular/otro</i>	Fecha de Nacimiento de padre/ madre/tutor: _____                      Género del progenitor/guardián: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
E-mail del Estudiante: _____	Teléfono particular de padre/madre/tutor _____

<b>EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON:</b> <input type="checkbox"/> Igual que la Información del padre/madre/tutor	Nombre del padre/madre/tutor: <input type="checkbox"/> La misma que la del estudiante
Nombre _____ Fecha de nacimiento _____	Calle: _____
Relación: _____ Teléfono _____ (Celular/Otro) _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Dirección                      Ciudad                      Estado                      Código postal	Teléfono de padre/madre/tutor ( <i>Celular</i> ): _____
	E-mail de padre/madre/tutor: _____
	La mejor manera de comunicarse conmigo: _____

<b>IDIOMA (Idioma principal que se habla en el hogar del estudiante):</b> <input type="checkbox"/> AMÁRICO <input type="checkbox"/> HMONG <input type="checkbox"/> SAMOANO <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> COREANO <input type="checkbox"/> SOMALÍ <input type="checkbox"/> CAMBOYANO/KHMER <input type="checkbox"/> LAOSIANO <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> CANTONÉS <input type="checkbox"/> MANDARÍN <input type="checkbox"/> TAGALOG <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> MIEN <input type="checkbox"/> TAILANDES <input type="checkbox"/> PERSA <input type="checkbox"/> OROMO <input type="checkbox"/> TIGRIÑA <input type="checkbox"/> FRANCÉS <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> VIETNAMITA  <input type="checkbox"/> OTRO                      Idioma: _____	<b>Situación de estudiante</b> ID del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____ Tamaño de familia: _____ Ingresos brutos ajustados de la familia: _____
---	--

**PREGUNTAS ADICIONALES:**

**Discapacitado:** ¿Tiene el paciente una condición actual que le impide realizar actividades diarias?  SÍ  NO  
**Inmigrante / refugiado:** ¿Es el paciente un inmigrante o refugiado o un recién llegado a este país?  SÍ  NO  
**Cantidad total de personas que viven en el hogar:** Cantidad de miembros de la familia que figuran en la declaración del impuesto federal sobre los ingresos. \_\_\_\_\_  
**Cantidad total de niños menores de 18:** Cantidad de niños menores de 18 años en el hogar. \_\_\_\_\_  
**Situación del hogar: El paciente vive con:**     Padre soltero     Madre soltera     Ambos padres  
**Situación de vivienda:**     Compartida     No es persona sin hogar     Otra     Vivienda pública     Albergue     Calle     De transición     Desconocida/No informada  
**Situación de trabajador agrícola:**     Inmigrante     De temporada     No es un trabajador agrícola  
**Requiere intérprete:** ¿Se necesita un intérprete para este paciente?     Sí     No  
**Situación de veterano:**     Sí     No

<b>Raza del estudiante:</b> <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> SE REHÚSA A ESPECIFICAR <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO	<b>Origen étnico del estudiante:</b> <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> No es hispano ni latino
--	---

No dispongo de seguro; póngase en contacto conmigo si desea obtener más información acerca de las opciones de cobertura  
 Sin seguro  
Nombre del seguro **principal:** \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Género del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nº de identificación/Póliza: \_\_\_\_\_ Nº de plan (si corresponde): \_\_\_\_\_ Nº de grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_  
Nombre del grupo (si corresponde): \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

**AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Certifico que la información de inscripción que he dado a esta clínica es actualmente correcta y entiendo que cualquier información deliberadamente falsa puede hacer que yo sea responsable del costo completo de los servicios proporcionados. Otorgo mi permiso al personal Odontológico de la clínica mencionada para que utilice los tratamientos y las terapias establecidas que consideren profesional y médicamente necesarios o recomendables para el diagnóstico y tratamiento de mis problemas de salud. Entiendo que la atención puede ser proporcionada por un dentista, higienista dental, asistente dental, estudiante de odontología o higiene, o voluntarios capacitados según la Ley de Práctica Odontológica del Estado de Washington. Entiendo que la atención odontológica puede ser proporcionada por un dentista con licencia, higienista dental, asistente dental, estudiante de odontología o higiene o voluntarios capacitados según la Ley de Práctica Odontológica del Estado de Washington. Esta autorización seguirá vigente, a menos que el consentimiento se cancele mediante notificación por escrito al Director Odontológico. Esta cesión y autorización faculta a Neighborcare Health para revelar a mi compañía de seguros, CMS o DSHS cualquier información que sea necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Por el presente autorizo a cualquier compañía de seguros con la cual tenga una póliza a abonar directamente a ese proveedor cualquier beneficio emergente de cualquier póliza de seguro a los proveedores odontológicos que me hayan prestado servicios. Por el presente autorizo a cualquier compañía de seguros con la cual tenga una póliza a abonar directamente a ese proveedor cualquier beneficio emergente de cualquier póliza de seguro a los proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios. Acepto pagar todos los gastos que el seguro asignado no haya pagado en su totalidad.

**Notificación de Prácticas de Privacidad:** He recibido la **Notificación de Prácticas de Privacidad** de Neighborcare Health que describe de qué manera se puede utilizar y divulgar mi información médica y cómo puedo acceder a mi información.

_____ <i>Firma</i>	_____ <i>Parentesco con el estudiante</i>	_____ <i>Fecha</i>
-----------------------	--	-----------------------

# Centros de salud escolar de Neighborcare Health Consentimiento de servicios a la salud

## Consentimiento de servicios a la salud

Los Centros de Salud escolares de Neighborcare Health funcionan en las escuelas públicas de Seattle. Neighborcare Health debe tener un consentimiento firmado de los padres o del tutor legal antes de proporcionar servicios al estudiante, salvo en situaciones en las que las leyes federales y/o estatales permitan que el estudiante acceda a dicho tratamiento sin el consentimiento del padre/tutor. Si el estudiante está inscrito en la escuela pero no está inscrito en un Centro de Salud Escolar (SBHC), puede continuar recibiendo servicios por parte de la enfermera de la escuela.

Por el presente solicito y autorizo que:

Nombre del estudiante en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre Inicial del 2º nombre Apellido Fecha de nacimiento

reciba los servicios de atención a la salud que el personal del SBHC de Neighborcare Health le ofrezca y considere necesarios. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a: asesoramiento de salud mental, exámenes médicos de rutina, naturopatía, exámenes para la práctica de deportes, atención de bienestar del niño o el adolescente, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, inmunizaciones, estudios de sangre, fotografías, radiografías y servicios de salud bucal y tratamientos de flúor. El personal de SBHC recomienda que la familia participe en la atención que ofrecen a los estudiantes. Sin embargo, se otorga una autorización para que el estudiante reciba servicios en mi ausencia, si no puedo estar presente. Asimismo se otorga consentimiento para la referencia de la atención y, de ser necesario, el transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de atención a la salud, hospitales, clínicas o agencias de atención a la salud, según el personal del Neighborcare Health SBHC considere necesario. La presente autorización no permite que se presten servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que el mismo no se encuentre capacitado para darlo. Neighborcare Health asume el compromiso de crear un centro de cuidados de salud y fomentar relaciones a largo plazo entre pacientes y proveedores de servicios que incluyen cuidados médicos, odontológicos y de salud mental. Neighborcare Health colabora con otros proveedores de la comunidad que puedan atender también a los pacientes a quienes servimos, para asegurar que sus cuidados estén coordinados.

De acuerdo con las leyes estatales y/o federales, cuando se otorga el consentimiento para la atención, la información de atención a la salud se mantiene confidencial. Existen algunas excepciones. Por ejemplo:

1. El paciente otorga su permiso a través de un documento firmado de divulgación de información.
2. El paciente indica que existe riesgo de daño inminente para sí mismo u otros.
3. El paciente tiene un problema de salud que amenaza su vida, y es menor de 18 años.
4. Existen motivos para sospechar que ha habido abuso o negligencia.
5. Ciertas enfermedades contagiosas se deben informar a las autoridades de salud pública.

Se otorga consentimiento para compartir la información necesaria con los proveedores de atención a la salud en el SBHC, incluyendo el intercambio de información entre el terapeuta de salud mental, la enfermera practicante o asistente médico y la enfermera de la escuela, con el fin de proporcionar la mejor atención posible para el estudiante antes mencionado. Para facilitar la coordinación de la atención, el personal de Neighborcare Health en el SBHC tendrá acceso al registro médico del Centro de Salud Escolar del estudiante. Se otorga consentimiento para que la enfermera de la escuela administre medicamentos de venta libre (por ejemplo, Ibuprofeno, Tylenol, Tums, etc.) según lo indique el proveedor médico del SBHC.

Los estudiantes también pueden recibir servicios médicos de forma independiente en una de las clínicas médicas de Neighborcare Health. Se otorga consentimiento para recibir servicios en cualquiera de las siguientes clínicas médicas de Neighborcare Health:

High Point Medical-Dental Clinic  
(Clínica médica y odontológica en High Point): 206-461-6966  
45th Street Medical-Dental Clinic:  
(Clínica médica y odontológica de 45th Street): 206-633-3350  
Meridian Medical Clinic  
(Clínica médica en Meridian): 206-296-4990  
Columbia City Medical Clinic  
(Clínica médica en Columbia): 206-461-6957

Central District Dental Clinic  
(Clínica odontológica del Distrito Central): 206-461-7801  
Rainier Beach Medical-Dental Clinic  
(Clínica médica-odontológica en Rainier Beach): 206-722-8444  
Greenwood Medical Clinic  
(Clínica médica en Greenwood): 206-782-8660  
Lake City Medical Clinic  
(Clínica médica en Lake City): 206-417-0326  
Georgetown Dental Clinic  
(Clínica odontológica en Georgetown): 206-461-6943

El consentimiento se otorga para los servicios prestados por Neighborcare Health durante el tiempo en el cual el estudiante esté inscrito en una escuela con un Neighborcare Health SBHC, o por el período durante el cual se provean servicios en otra clínica de Neighborcare Health. Este consentimiento puede retirarse en cualquier momento mediante comunicación por escrito al SBHC.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del tutor legalmente responsable (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE**

Según las leyes del Estado de Washington, el SBHC proporcionará y ayudará a los estudiantes a acceder a atención externa si fuera necesario. Según las leyes del Estado de Washington, los jóvenes pueden acceder a la atención a la salud reproductiva de forma independiente a cualquier edad sin el consentimiento de los padres/tutores.

Los jóvenes pueden recibir independientemente servicios por drogas y alcohol y asesoramiento de salud mental a partir de los 13 años de edad sin el consentimiento de los padres/tutores. El SBHC alienta a todos los estudiantes a involucrar a sus padres/tutores en las decisiones sobre atención a la salud siempre que sea posible. Cuando corresponda, el SBHC ayudará al estudiante a hablar sobre estas situaciones con los padres/tutores.

Debido a que los jóvenes son capaces de proporcionar su consentimiento para el tratamiento, dicho consentimiento se requiere legalmente para la divulgación de información sobre el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo análisis de VIH/SIDA). El consentimiento de los estudiantes de 13 años o más, y el consentimiento de los padres/tutores para estudiantes de 12 años o menos, se requiere legalmente para la divulgación de información sobre el asesoramiento de salud mental o alcohol y drogas.



## Organización comunitaria Formulario para padres y tutores Aprobación 2015-2016

Salud pública – Seattle y Condado King  
Programa escolar de asociaciones  
401 5<sup>th</sup> Ave #1000  
Seattle, WA 98104  
206.263.8350

Neighborcare Health at  
Dearborn Park Int'l  
Elementary School  
2820 S. Orcas St.  
Seattle, WA 98108  
(206) 548-3166

Departamento de Psiquiatría y Ciencias  
del Comportamiento de la UW  
1959 NE Pacific Street  
Box 356560  
Seattle, WA 98195-6560  
206-543-3750

### Consentimiento de la familia para la divulgación de los registros de educación Ley de Derechos Educativos y de Privacidad (FERPA)

Acepto la divulgación de los registros educativos de mi hijo(a) del Distrito Escolar de Seattle a las agencias antes mencionadas. Entiendo que los registros de educación incluyen, pero no se limitan a:

1. Nombre e información de contacto del estudiante
2. Datos demográficos del estudiante, incluyendo el Estatus de Educación Especial y de la Sección 504 y la raza/etnia
3. Antecedentes de asistencia
4. Antecedentes de disciplina
5. Tareas y calificaciones
6. Antecedentes de resultados de exámenes
7. Antecedentes de inscripción
8. Calificaciones en las materias
9. Materias futuras y no dadas

Esta divulgación incluye la autorización para que el personal de la agencia acceda a los registros académicos de mi hijo(a) usando un servicio automatizado de datos a través de las Escuelas Públicas de Seattle.

Entiendo que el motivo para compartir estos registros con Neighborcare Health es mantener informado al proveedor médico y/o de salud mental del centro de salud en la escuela de mi hijo(a) acerca de su programa y progreso académico. En colaboración con Salud Pública - Seattle y Condado King, el personal de Neighborcare Health trabajará con mi hijo(a) y/o con su escuela con el fin de aumentar las posibilidades de éxito de mi hijo(a) en la escuela. El Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Washington solo podrá acceder a los registros educativos antes mencionados con el fin de mantener una base de datos protegida para guardar los datos. Reconozco que puedo revocar este consentimiento enviando una notificación por escrito al Departamento de Asociaciones Comunitarias y Escolares del Distrito Escolar de Seattle, MS: 32-159 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124.

Este permiso de divulgación de información pondrá a disposición del personal de la agencia los antes mencionados registros educativos, que incluyen los antecedentes del estudiante, a partir de la fecha de la firma del consentimiento hasta el 31 de diciembre de 2016. Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar de Seattle transmita información a las agencias antes mencionadas (escribir claramente en letra de molde):

Firma de Padres/Tutores (si el estudiante es menor de 17 años): \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde de Padres/Tutores: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante (si el estudiante es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante EN LETRA DE MOLDE (Nombre y apellido)

Fecha de nacimiento del estudiante

N.º de ID de distrito escolar para el estudiante **Podrá encontrar el N.º de ID del estudiante en la tarjeta ASB del estudiante, el boletín de calificaciones, la correspondencia oficial de la escuela o comunicándose con la escuela de su estudiante**