

## AÑO ESCOLAR 2019-2020

Estimados padres o tutores:

¿Sabían que su hijo o hija puede obtener **atención médica** directamente en la escuela? Highland Park Elementary cuenta con un centro de salud escolar (School-based Health Center, SBHC) ubicado en sus instalaciones, cuyos servicios se encuentran disponibles para todos los estudiantes. El SBHC es dirigido por Neighborcare Health, un centro comunitario de salud que atiende a más de 75,000 personas en Seattle y Vashon Island cada año.

El SBHC brinda un entorno agradable para los niños y todos los servicios de un médico familiar sin que el paciente deba salir de la escuela. El SBHC ofrece citas antes, durante y después de la escuela. Neighborcare Health asume el compromiso de crear un hogar de cuidados de salud y fomentar relaciones a largo plazo entre pacientes y proveedores de servicios que incluyen cuidados médicos, dentales y de salud mental.

**Para usar los servicios del SBHC, complete y firme los siguientes formularios en este paquete:**

- Formulario de historial médico (pág. 2)
- Formulario de registro (pág. 3-4)
- Formulario de consentimiento (pág. 5)
- Consentimiento para revisión dental (pág. 6)
- Consentimiento para la divulgación de los registros de educación (pág. 7) (opcional)

Los formularios se pueden enviar por correo con el paquete escolar o por separado. 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 da lugar a 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 es un centro dedicado a servir a todos los pacientes sin importar su capacidad de pago.** El SBHC de Highland Park Elementary 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 necesario. Por favor, complete la sección sobre seguros en el formulario de registro para poder contar con información actualizada en nuestros archivos.

Si usted no tiene seguro de salud, el personal del SBHC puede ayudarlo a inscribirse en uno. Marque la casilla “No Insurance” (“Sin seguro”) en el formulario de registro y un miembro del personal del SBHC le hará seguimiento. También puede llamar directamente al SBHC para que le ayuden con la inscripción en el seguro de salud.

**Highland Park Elementary tiene la suerte de contar con el SBHC, y espero que usted aproveche este recurso para su hijo. Si desea más información o necesita ayuda, llame al SBHC de Highland Park Elementary al 206-455-9025.**

Atentamente,

Adam Dysart  
Director

# CENTRO DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO



Complete este formulario para ayudarnos a darle a su hijo una atención de calidad. Se invitará a su hijo a una revisión médica en el centro de salud, en la que se controlará su peso, estatura, presión sanguínea e historial de vacunación. Además, se completará una evaluación de riesgo de salud. Desde el centro de salud, se comunicarán con usted para informarle acerca de cualquier recomendación para brindar apoyo a la salud de su hijo y su preparación para el aprendizaje. Se requiere un consentimiento adicional del padre/madre o tutor antes de la aplicación de cualquier vacuna. Comuníquese con el centro de salud si su hijo tiene un problema de salud y necesita una cita.

<b>ESTUDIANTE</b>	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /
	Nombre en letra de imprenta de la persona que completa el formulario	(Parentesco con el estudiante, si no es él mismo)	Fecha en que se completó el formulario / /
Número de teléfono en el que será más fácil contactarlo		El mejor horario para llamar	

## PREGUNTAS ACERCA DE SU HIJO:

Sí  No ¿Tiene el estudiante un médico o clínica de atención primaria?  
 Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo se ha realizado un chequeo de niño sano o examen físico completo durante el último año?

Sí  No ¿Su hijo ha visitado al dentista en el último año?

Sí  No ¿Su hijo es alérgico a algún medicamento u sufre algún otro tipo de alergia?  
 (Describa): \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo toma algún medicamento? (incluya vitaminas y medicamentos de venta libre.)

Medicamentos	Dosis	Motivo

Sí  No ¿Su hijo sufre de algún problema de salud en la actualidad, o usted tiene alguna preocupación acerca de la salud de su hijo?  
 (Describa): \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo fue internado alguna vez o tuvo cirugías?  
 (Describa): \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo tiene alguna necesidad o preocupación relacionada con el aprendizaje?  
 Problemas de asistencia  Calificaciones bajas o reprobatorias  Educación especial  Otra: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Tiene alguna otra preocupación acerca de la salud de su hijo? (por ejemplo, se preocupa demasiado, padece de estrés, depresión, ansiedad, etc.)  
 (Describa): \_\_\_\_\_

## PREGUNTAS ACERCA DE SU FAMILIA:

¿Quién vive en su hogar?  
 Si su hijo vive también en otra casa, ¿con quién cohabita allí?

Sí  No ¿Se produjo algún cambio o problema importante en su familia durante el último año?  
 Si su respuesta es sí, describa: \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Alguna de las personas que vive con su hijo fuma cigarrillos, cigarros, cigarrillos electrónicos o marihuana?

Sí  No ¿Le preocupa la posibilidad de no contar con la comida o el dinero necesario para alimentar a su familia?

Sí  No ¿Hay algún arma de fuego en su casa? Si su respuesta es sí, ¿está guardada bajo llave?  Sí  No

Sí  No ¿Su hijo es adoptado?

## ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA: (marque todos los que correspondan)

Miembro de la familia	Ningún problema conocido	Adicción a las drogas o el alcohol	Artritis	Asma	Cáncer	Problemas cardíacos	Depresión	Diabetes	Colesterol alto	Hipertensión	Enfermedad renal	Enfermedad mental	Accidente cerebrovascular	Problemas de la vista
Madre														
Padre														
Otro miembro de la familia:														
Otro miembro de la familia:														

¿Existe algún otro antecedente familiar de enfermedad crónica o afección no mencionada?

# CENTRO DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Complete este formulario en su totalidad para ayudarnos a darle a su hijo una atención de calidad. Este consentimiento se mantendrá vigente año tras año. Presente una solicitud por escrito si desea revocar el consentimiento para los servicios.

Complete las secciones 1-8.

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE Apellido		Primer nombre	Segundo nombre	Apellido anterior	Nombre de preferencia
FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE / /		SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		GÉNERO ACTUAL <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	
DETALLES DE IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="checkbox"/> Género adicional u otro _____ <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculino a femenino			<input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Género no binario
ORIENTACIÓN SEXUAL		<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Algún otro _____			<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Heterosexual
PRONOMBRE PREFERIDO		<input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellxs <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ze, Hir			
DIRECCIÓN POSTAL		APTO	DIRECCIÓN SECUNDARIA (si es diferente)		APTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿CUÁL ES SU IDIOMA PREFERIDO?					
¿EL ESTUDIANTE ES UN VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN DE CONTACTO					
TELÉFONO PREFERIDO <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Diurno		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL			
TELÉFONO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Diurno		PREFERENCIA PARA NOTIFICACIÓN (escoja una) <input type="checkbox"/> Mensaje de texto a celular <input type="checkbox"/> Recordatorio de voz/llamada telefónica a celular <input type="checkbox"/> Llamada telefónica al hogar <input type="checkbox"/> No participar			
2. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE					
¿EL ESTUDIANTE TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD O IMPEDIMENTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿CÓMO DESCRIBE MEJOR SU HOGAR? <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mujer soltera <input type="checkbox"/> Hombre soltero <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Se desconoce			
3. NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD					
Por la presente, acuso recibo de la notificación sobre prácticas de privacidad de Neighborcare Health. Entiendo que Neighborcare Health puede contactarme para recordatorios de citas, resultados de pruebas, opciones de tratamiento u otros beneficios y servicios médicos a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico o correo de voz.					Iniciales
4. CONTACTO DE EMERGENCIA					
APELLIDO		NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN		APTO	PARENTESCO CON EL PACIENTE		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO		

# CENTRO DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Continuación de la otra página.

5. PADRE/TUTOR (SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 18 AÑOS)			
APPELLIDO DEL PADRE/TUTOR	NOMBRE DEL PADRE/TUTOR	FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN POSTAL	APTO	PARENTESCO CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro	
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO

6. PREGUNTAS ADICIONALES (marque una respuesta para cada pregunta)			
¿NO TIENE HOGAR O VIVE EN UN REFUGIO TEMPORAL?	<input type="checkbox"/> Hogar compartido <input type="checkbox"/> Vivienda pública	<input type="checkbox"/> No es persona sin hogar <input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> De transición
CONDICIÓN DE TRABAJADOR MIGRANTE	En cualquier punto en los últimos dos años, ¿el trabajo agrícola de temporada o inmigrante ha sido la principal fuente de ingresos de usted o su familia?		<input type="checkbox"/> Ningún trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Sí, trabajo agrícola como migrante <input type="checkbox"/> Sí, trabajo agrícola de temporada
¿USTED USA UN INTÉRPRETE?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿CUÁL ES LA RAZA U ORÍGENES DE SU FAMILIA?	<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Se niega a identificar		
¿USTED ES HISPANO O HISPANO-LATINO?	<input type="checkbox"/> Sí, es hispano o latino <input type="checkbox"/> No es hispano ni latino		
INGRESO	¿Cuál es el ingreso mensual bruto en su hogar?	\$	POR MES
CANTIDAD DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	¿Cantidad de miembros de la familia que figuran en la declaración del impuesto federal sobre los ingresos?		
NÚMERO DE ID DEL ESTUDIANTE			

7. SEGURO			
¿TIENE SEGURO? (Si su respuesta es sí, muestre su tarjeta de seguro a la recepcionista.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del seguro primario:		Nombre del suscriptor:	
Parentesco del suscriptor:		Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Nro. de identificación/Póliza:		Nro. de plan (si corresponde):	
Nro. de grupo (si corresponde):		Nombre del grupo (si corresponde):	
Fecha de entrada en vigor:		Nro. de teléfono de la compañía de seguros:	

8. FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO		
<p>CERTIFICADO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN: Certifico que la información de inscripción que he dado a Neighborcare Health es correcta actualmente y entiendo que cualquier tergiversación deliberada de la información puede hacer que yo sea responsable del costo completo de los servicios que se presten. Otorgo mi permiso al personal médico, dental y de salud mental 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 médica puede ser prestada por un médico, profesional de enfermería, asistente médico u otro miembro del personal licenciado. Entiendo que el cuidado de salud mental puede ser proporcionado por un psiquiatra, psicólogo u otro personal certificado. Entiendo que la atención dental puede ser prestada por un dentista con licencia, higienista dental, estudiante de odontología o higiene o voluntarios capacitados según la Ley de Práctica Dental del Estado de Washington (Washington State Dental Practice Act). Esta autorización seguirá vigente, a menos que el consentimiento se cancele mediante notificación por escrito al Director Médico/Dental. Esta cesión y autorización faculta a Neighborcare Health para revelar a mi compañía de seguros, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) o al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (Department of Social and Health Services, 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 cualquier beneficio emergente de cualquier póliza de seguro a los proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios. Acepto pagar por completo todos los gastos que el seguro asignado no pague en su totalidad.</p>		
FIRMA	PARENTESCO CON EL PACIENTE	FECHA / /

# CENTRO DE SALUD ESCOLAR CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD



Los centros de salud escolar de Neighborcare Health están ubicados en las escuelas públicas de Seattle y en el distrito escolar de Vashon Island. Neighborcare Health debe obtener un consentimiento firmado por los padres o el tutor legal antes de proveer servicios, salvo en situaciones en las que las leyes federales o estatales permitan que el estudiante acceda al tratamiento sin dicho consentimiento. No es necesario que los estudiantes estén registrados en el centro de salud para recibir los servicios del enfermero escolar.

**Por el presente, solicito y autorizo que:** (Escriba debajo el nombre del estudiante en letra de imprenta.)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /
--------	----------------------------	----------	----------------------------

reciba los servicios de atención médica que se encuentren disponibles y que el personal del Centro de salud escolar (School-based Health Center, SBHC) de Neighborcare Health considere necesarios. Estos servicios pueden incluir, entre otros: asesoramiento de salud mental, exámenes médicos de rutina, naturopatía, exámenes médicos deportivos, atención de bienestar del niño o el adolescente, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, inmunizaciones, exámenes de sangre, fotografías, radiografías y servicios dentales y tratamientos de flúor. El personal del SBHC recomienda que la familia esté presente cuando se provea atención a los estudiantes. En caso de que no pueda estar presente, se otorga una autorización para que mi hijo reciba los servicios en mi ausencia. Asimismo, se otorga consentimiento para remisiones de atención médica y, de ser requerido, para el traslado de emergencia a otros médicos, profesionales de la salud, hospitales, clínicas o agencias de atención a la salud, según lo considere necesario el personal de Neighborcare Health en el SBHC. La presente autorización no permite que se presten servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que este no se encuentre capacitado para darlo. Neighborcare Health asume el compromiso de crear un centro de atención médica que incluya cuidados médicos, dentales y de salud mental y, además, Neighborcare Health fomenta las relaciones a largo plazo entre pacientes y proveedores de servicios. 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 o federales, cuando se otorga el consentimiento para la atención, la información de atención médica se mantiene confidencial. Existen algunas excepciones; por ejemplo:

1. El paciente o el padre/tutor otorga el 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 información necesaria con los proveedores de atención médica en el SBHC, lo que incluye el intercambio de información entre el terapeuta de salud mental, la enfermera practicante o el asistente médico y el enfermero escolar, 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 estudiante en el Centro de Salud Escolar. 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 de salud de forma independiente en una de las clínicas médicas o dentales de Neighborcare Health. Se otorga consentimiento para recibir servicios en cualquier clínica médica y dental de Neighborcare Health. Para ver una lista de las ubicaciones de las clínicas, visite nuestro sitio web neighborcare.org. Para programar una cita, llame al Centro de Atención al Paciente de Neighborcare al 206-548-5710.

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

Firma del estudiante: <i>(Obligatorio para estudiantes de 13 años o más)</i>	Fecha: / /
Firma del padre/tutor:	Fecha: / /
Nombre del tutor legalmente responsable (en letra de imprenta):	Parentesco:

## INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE SOBRE EL CONSENTIMIENTO DEL MENOR

Según la legislación del estado de Washington, el SBHC proveerá 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 (a partir de los 13 años de edad) pueden recibir independientemente servicios por drogas y alcohol y asesoramiento de salud mental sin el consentimiento de los padres o tutores. El SBHC alienta a todos los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones sobre atención médica, siempre que sea posible. Cuando corresponda, el SBHC ayudará al estudiante a hablar sobre estas situaciones con los padres o 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 estudiantes mayores de 13 años y el consentimiento de los padres o tutores para estudiantes menores de 12 años, es un requisito legal para la divulgación de información sobre asesoramiento de alcohol y drogas o salud mental. Para obtener más información sobre el consentimiento del menor, visite: [www.washingtonlawhelp.org](http://www.washingtonlawhelp.org) y busque "Minor Consent" ("Consentimiento del menor").

# CENTRO DE SALUD ESCOLAR

## CONSENTIMIENTO PARA REVISIÓN DENTAL



ESCUELA:	AULA NÚM.:	Número de registro médico (Medical record number, MRN): (para uso administrativo)
----------	------------	---

### ESTIMADOS PADRE, MADRE O TUTOR:

Para que pueda conocer el estado de salud dental de su hijo, ofrecemos realizar las revisiones dentales en la escuela. Las revisiones **no tienen cargos en efectivo para usted.**

Si está de acuerdo con que revisemos a su hijo:

- Su hijo recibirá **dos** revisiones dentales durante el año escolar. La primera se realizará en el **otoño** y la segunda, en la **primavera**.
- Estaremos contentos de darle información para que haga una cita de atención dental, o para que haga una cita para usted, si necesita a un proveedor de atención dental.
- Le enviaremos una copia de los resultados de su hijo. Es posible que se comparta esta información con la escuela de su hijo.
- Es posible que dejemos un mensaje en su teléfono si tenemos que ponernos en contacto con usted acerca de las necesidades de atención dental de su hijo.

### ¿QUÉ ES UNA REVISIÓN DENTAL?

Un proveedor de asistencia dental de Neighborcare Health revisará los dientes de su hijo y hará una **evaluación visual**.

Aplicará una capa de **barniz de flúor** sobre los dientes, que ayudará a impedir la formación de nuevas caries y a detener las que ya se han iniciado.

La revisión dental **NO sustituye a un examen dental completo** por el dentista de su hijo.

Los padres o tutores deben completar la información a continuación y firmar en la parte inferior del formulario.

### NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO / /
--------	------------------------	----------	----------------------------

GÉNERO DEL ESTUDIANTE:  Masculino  Femenino  X

### NOMBRE DEL PADRE O TUTOR:

PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO / /
---------------	------------------------	----------	----------------------------

DIRECCIÓN: CIUDAD: CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

¿Prefiere que se lo contacte en un idioma que no sea el inglés?  No  Sí Si su respuesta es sí, ¿en qué idioma?

¿Cómo le gustaría recibir los resultados de la evaluación dental de su hijo?  Que se entreguen a mi hijo en la escuela para que los lleve al hogar.

Que se envíen por correo a la dirección indicada más arriba.

¿Cuándo fue la última vez que su hijo visitó a un dentista?

Hace menos de 6 meses  Hace menos de 2 años

Hace menos de 1 año  Hace más de 2 años

Nunca

¿Tiene su hijo un dentista regular?

No  Sí Si respondió sí, ¿dónde?

¿Desea obtener ayuda para encontrar un dentista para su hijo?

No  Sí

*Este programa es sin costo para usted, pero es posible que se facturen los servicios a su compañía de seguro de salud. Por favor, complete la sección de seguro de este formulario para asegurarnos de tener la información más actualizada. Los planes de seguro públicos en general cubren el cargo completo del chequeo. Si el seguro no cubre alguno de los costos, estos serán cubiertos por subvenciones. No se facturará ningún gasto en efectivo a ningún estudiante ni a los familiares que participen en el programa. La revisión no se facturará como uno de los dos exámenes dentales anuales de su hijo.*

### A CONTINUACIÓN, INDIQUE SU INFORMACIÓN DE APPLE HEALTH U OTRO SEGURO DENTAL:

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL:			
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:			
PARENTESCO:	GÉNERO DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR:	/ /

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, USTED ACEPTA DOS REVISIONES DENTALES Y LAS APLICACIONES DEL BARNIZ DE FLÚOR.**

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	FECHA
--------------------------------	-------



## Forma de Consentimiento de Tutores y Padres de Familia para Organizaciones Comunitarias 2019-2020

Public Health –Seattle & King County  
School-Based Partnerships Program  
401 5<sup>th</sup> Ave #1000  
Seattle, WA 98104  
206.263.8350

Neighborcare Health  
1200 12<sup>th</sup> Ave S. Ste 901  
Seattle, WA 98144-2712  
206-461-6935

### Forma de Consentimiento para Compartir Historial Académico Bajo la Ley de Derechos de Educación de la Familia y Su Privacidad (FERPA, por sus siglas en ingles)

Doy consentimiento para que el distrito escolar de las Escuelas Públicas de Seattle comparta información académica de mi hija/hijo a la agencia previamente mencionada.

Entiendo que la información del historial académico incluye, más no se limita a:

1. Nombre del/a estudiante, fecha de nacimiento, e información de contacto.
2. Estadística demográfica del/a estudiante: Incluyendo condición de educación especial y estado 504, y raza/grupo étnico.
3. Historial de asistencia.
4. Historial de disciplina.
5. Historial de materias cursadas y calificaciones.
6. Historial de calificaciones de exámenes.
7. Historial de inscripción/matriculado.
8. Calificaciones de tareas.
9. Tareas pendientes y tareas faltantes.

Esta forma otorga permiso a personal de la agencia a acceder el historial académico de mi hijo/a por medio de una base de datos automática de las escuelas públicas de Seattle.

Entiendo que el objetivo de compartir esta información es mantener al personal de Public Health – Seattle & King County y Neighborcare Health informado del programa educativo y progreso académico de mi hijo/a. El personal de la agencia trabajará con mi hijo/a con su escuela en un esfuerzo por mejorar el éxito educativo de mi hijo/a. Reconozco que podré revocar esta forma mandando una petición por escrito al departamento en las Escuelas Públicas de Seattle encargado de las Colaboraciones con Comunidades; Community Partnership Department por su nombre en inglés, MS: 33-160 P.O. Box 34165 Seattle, WA 98124.

Esta autorización hará disponible información académica mencionada en la lista anterior, la cual incluye historial del estudiante, la cual se hará disponible al personal de la agencia a partir de la fecha en que se firme este consentimiento, y hasta el 31 de diciembre de 2020.

Doy mi consentimiento al distrito escolar de Seattle para que comparta información a la agencia mencionada.):

**Firma del Padre/Tutor (Si el estudiante tiene 17 años de edad o menos):** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_

*Firma del estudiante (si tiene al menos 18 años de edad):* \_\_\_\_\_

Fecha de hoy:

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante** (Nombre y apellido)

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento (del estudiante)**

\_\_\_\_\_  
**\*\*Numero de Identificación del estudiante  
(Student School District ID)**

\_\_\_\_\_  
**Escuela del estudiante**

**\*\* El número de identificación se puede encontrar en la credencial del/a estudiante, boleta de calificaciones, correo oficial de la escuela, o contactando directamente a la escuela.**



## NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN DE SALUD. TAMBIÉN EXPLICA CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. **LÉALA CON ATENCIÓN.**

Neighborcare Health está comprometido con proporcionarle la mayor calidad en su cuidado, en un entorno que protege su privacidad y la confidencialidad de su información de salud. Con esa finalidad, esta notificación explica nuestras prácticas de privacidad, así como sus derechos relacionados con su información de salud.

### ¿Quién cumplirá con las prácticas de privacidad de esta notificación?

Todos los profesionales de atención médica, empleados, aprendices, estudiantes y voluntarios de Neighborcare Health cumplirán con las prácticas de privacidad descritas en esta notificación.

### Usos y divulgaciones de información de salud sin autorización

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud sin su autorización a los siguientes individuos o para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley, incluidos:

#### Tratamiento

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud, según se requiera, para proporcionarle tratamiento o servicios. Por ejemplo, podríamos utilizar su información de salud para proporcionarle atención médica y consultar con otros proveedores de atención médica sobre su tratamiento.

#### Pago

Podríamos utilizar y divulgar su información de salud para que el tratamiento que recibe en Neighborcare Health pueda ser facturado y podamos cobrárselo a usted, a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, podríamos compartir su información de salud para solicitar y recibir el pago por parte de su aseguradora de salud, así como para confirmar que esta pagará por su tratamiento.

#### Operaciones de atención médica

Podríamos utilizar o divulgar su información para realizar ciertas actividades administrativas, financieras, legales y de mejoras de calidad, que son necesarias para dirigir nuestra empresa y apoyar nuestras actividades de tratamiento y pago. Por ejemplo, podríamos utilizar su información de salud para evaluar la calidad

de los servicios que le proporcionamos y el desempeño de nuestro personal que le provee el cuidado.

### Intercambio de información de salud (HIE)

Podríamos participar en ciertos intercambios de información de salud (Health Information Exchange, HIE), a través de los cuales podemos divulgar su información de salud, según lo permita la ley, a otros proveedores de salud o entidades para fines de tratamiento, pago o atención médica. El intercambio de información de salud puede proporcionar un acceso más rápido, mejor coordinación y asistir a los proveedores y oficiales de salud pública a tomar decisiones mejor fundamentadas.

### Acuerdos de atención médica organizada

Podríamos participar en acuerdos conjuntos con otros proveedores o entidades de atención médica, por medio de los cuales podemos utilizar o divulgar su información de salud, según lo permita la ley, para participar en actividades conjuntas que involucren tratamiento, revisión de decisiones de atención médica, evaluación de la calidad, actividades de mejoramiento o actividades de pago

### Actividades de recaudación de fondos

Podríamos utilizar o divulgar su información de salud para fines de recaudación de fondos para nuestra organización, incluida la divulgación de su información a una fundación que actúe en nuestro nombre para recaudar dinero. Cualquier comunicación que se le haga sobre la recaudación de fondos le proporcionará una oportunidad perfecta para excluirse de otras actividades de este tipo.

### Usos y divulgaciones adicionales de información de salud sin autorización

- Según lo requieran el estado y la ley federal.
- Para contactarlo por recordatorios de citas, proporcionar resultados de pruebas, informarle sobre opciones de tratamiento o aconsejarle sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud.
- A terceras partes referidas como “socios de negocios” que proporcionan

servicios en nuestro nombre, tales como facturación, mantenimiento de software y servicios legales.

- Para divulgar información de salud sobre usted a investigadores médicos que se preparan para realizar un proyecto de investigación.
- Para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público u otra persona.
- A la milicia, si usted es miembro de las fuerzas armadas y la ley nos obliga o autoriza a hacerlo.
- A funcionarios federales autorizados de inteligencia, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional.
- A funcionarios federales autorizados para que puedan realizar investigaciones especiales o brindar protección al Presidente de Estados Unidos u otras personas autorizadas.
- A funcionarios del orden público, según autorización o requerimiento de la ley.
- Para compensación de trabajadores o programas similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- En caso de un desastre, a organizaciones que ayudan como equipos de asistencia en caso de desastres para que su familia pueda ser notificada de su condición y ubicación.
- A forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, según autorización o requerimiento de la ley, tal como se requiera, para que cumplan con su deber.
- Si usted es un donador de órganos, a organizaciones que coordinen la búsqueda o trasplante de dichos órganos o a un banco de órganos, tal como se requiera, para ayudar en la búsqueda, trasplante o donación.
- A agencias gubernamentales, certificadoras, de auditoría y acreditadoras.
- A instituciones correccionales, según lo autorizado o requerido por la ley, si usted es un recluso o está bajo custodia de funcionarios del orden público.

- A una autoridad de salud pública para actividades de salud pública. Las actividades de salud pública incluyen la prevención o control de enfermedades, lesiones, discapacidad, así como responder a denuncias de maltrato, negligencia o violencia doméstica. Podríamos utilizar o divulgar información de salud a una persona o agencia obligada a denunciar episodios adversos, defectos o problemas de productos, desviaciones de productos biológicos, o en el caso de retiros de productos, reparaciones o reemplazos.
- A tribunales o abogados cuando obtengamos una orden judicial, citación u otras instrucciones legales provenientes de estos u órganos públicos, o para defendernos de alguna demanda contra nosotros

## Usos y divulgaciones de información de salud con autorización

### Usos y divulgaciones que requieren su autorización escrita:

- Apuntes de psicoterapia: no divulgaremos sus apuntes de psicoterapia sin su autorización escrita, a menos que el uso o divulgación sea permitido o requerido por la ley.
- Mercadeo: no participaremos en divulgaciones que constituyan una venta de su información de salud, sin su autorización escrita. Una venta de información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) ocurre cuando nosotros, o alguien que contratemos directa o indirectamente, recibe un pago a cambio de su información de salud protegida.
- Menores: nos regiremos por la ley del estado de Washington, al utilizar o divulgar PHI relativa a menores. Los menores que reciban servicios de atención médica relacionados con VIH/ SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS), tratamiento de salud mental, pruebas de alcohol/drogas y tratamiento o medicina reproductiva, pueden solicitar que otra persona reciba esa información en su nombre. Si el menor no otorga el permiso escrito a nadie, solo proporcionaremos la información al menor.

### Otros usos y divulgaciones

Es necesario su permiso escrito para toda solicitud de información diferente a la descrita en esta notificación. Por ejemplo, usted deberá firmar un formulario de permiso antes de que podamos enviar la PHI a su compañía de seguro de vida o a su abogado. Usted puede revocar su permiso en cualquier momento, al proporcionarnos una petición escrita.

## Sus derechos individuales

### Derecho a inspeccionar y copiar registros

Usted puede solicitar ver sus registros médicos y registros de facturación, con el objetivo de inspeccionarlos o solicitar copias de ellos. Todas las solicitudes para revisar registros deben ser presentadas por escrito. En circunstancias limitadas podemos denegarle el acceso a sus registros. Podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado y envío de los registros que usted solicite.

### Derecho a solicitar modificaciones

Usted tiene derecho a solicitarnos que enmendemos su PHI. Debe presentar la solicitud por escrito y explicar por qué debemos enmendar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

### Derecho a recibir un registro de divulgaciones

Puede solicitar por escrito un registro de ciertos tipos de divulgación de su información de salud. La ley excluye de la inclusión en un registro a muchos de los tipos de divulgación, tales como aquellos hechos para su cuidado, pagar por sus servicios de salud o cuando proporcionó su autorización escrita de divulgación.

Para hacer una solicitud de un informe, revise la información a continuación. Generalmente, responderemos a su solicitud en los 60 días siguientes a la recepción de esta, a menos que necesitemos tiempo adicional.

### Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud, incluidos los usos o divulgaciones para tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, así como para miembros de su familia, amigos u otras personas involucradas en su cuidado o pago de su cuidado. Para solicitar una restricción debe comunicarlo a sus proveedores de cuidado o contactar a la Oficina de Privacidad, por medio de la información indicada al final de esta notificación. Podríamos solicitarle que entregue su solicitud por escrito. No estamos obligados a estar de acuerdo con su solicitud. Si estamos de acuerdo, le notificaremos por escrito y respetaremos nuestro acuerdo, a menos que la información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia o la ley nos permita o requiera que la divulguemos.

Si usted, otro miembro de su familia u otra persona ha pagado en su nombre a su proveedor de atención médica por un servicio o artículo de atención médica particular, y solicitó específicamente que no divulguemos información sobre dicho servicio o artículo de cuidado médico a su plan de salud para fines de pago u operaciones de atención médica,

estaremos de acuerdo con esta solicitud. Normalmente no podemos restringir la divulgación de información necesaria para fines de tratamiento de atención médica.

### Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted puede solicitar que lo contactemos o le enviemos su PHI de cierta forma o a cierta ubicación: únicamente a su trabajo o casa o solo por correo. Para solicitar una información confidencial, escriba a su Funcionario de Privacidad a la dirección indicada a continuación e indique cómo o en dónde desea que lo contactemos. No le preguntaremos la razón de su solicitud y atenderemos todas las solicitudes razonables.

### Derecho a una copia impresa de esta notificación

Tiene derecho a una copia impresa de esta notificación en cualquier momento. Las copias de esta notificación están disponibles en nuestras sedes, en nuestro sitio web [neighborcare.org](http://neighborcare.org) o al contactar al Funcionario de Privacidad a [privacy@neighborcare.org](mailto:privacy@neighborcare.org).

### Derecho a notificación de incumplimiento

Tiene derecho a recibir notificaciones de incumplimientos de su información de salud, según lo requerido por la ley.

### Cambios a esta notificación

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas y esta notificación, así como a hacer una nueva notificación efectiva para todas las PHI que mantenemos. Si lo hacemos, la notificación actualizada será publicada en nuestro sitio web y estará disponible en todas nuestras sedes. Le proporcionaremos cualquier notificación revisada, a solicitud.

### Preguntas o reclamos

Si tiene preguntas relacionadas con sus derechos de privacidad o le preocupa que los hayamos violado, puede comunicarse con el Funcionario de Privacidad de Neighborcare Health, en [privacy@neighborcare.org](mailto:privacy@neighborcare.org). También tiene derecho a efectuar un reclamo al Secretario de Salud y Servicios Humanos. No será objeto de represalias en su contra por presentar un reclamo.

**Neighborcare Health**  
1200 12th Ave S, Suite 901  
Seattle, WA 98144  
206-461-6935  
[neighborcare.org](http://neighborcare.org)