

AVISO:

Durante el periodo de aprendizaje a distancia, el centro de salud escolar estará a disposición de los y las estudiantes, tanto para citas presenciales como para brindar atención por teléfono.



AÑO ESCOLAR 2020–2021

Estimados padres/tutores:

La salud de su hijo/a cumple un rol importante en su éxito académico. A fin de apoyar ese éxito, Bailey Gatzert Elementary School cuenta con un centro de salud escolar (School-Based Health Center, SBHC) allí mismo, que está disponible para todos los y las estudiantes tanto para visitas presenciales como para consultas de telesalud. El SBHC es dirigido por Neighborcare Health, un centro comunitario de salud que atiende a más de 71,000 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. Si su hijo/a ya tiene un proveedor de salud, podemos colaborar en conjunto con él, a fin de ofrecerle una opción adecuada de servicios médicos, dentales y de salud mental en la escuela.

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

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

Consentimiento para la divulgación de los registros escolares: A través de este formulario, permite que los registros escolares de su hijo/a se compartan 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.

Costo de los servicios: Neighborcare Health está dedicada a servir a todos los pacientes sin importar su capacidad de pago. El SBHC de Bailey Gatzert Elementary recibe apoyo del Impuesto para las Familias y la Educación (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 inscripción para poder contar con información actualizada en nuestros registros.

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 directamente al SBHC para que le ayuden con la inscripción en el seguro de salud.

Bailey Gatzert Elementary School tiene la suerte de contar con el SBHC, así que espero que usted aproveche este recurso para su hijo/a. Si desea más información o necesita ayuda, llame al SBHC de Bailey Gatzert Elementary School al 206-548-3162.

Atentamente.

Bailey Gatzert Elementary

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.

| | | | |
|---|--|---|---|
| ESTUDIANTE | 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/LA 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 1-6.

I. INFORMACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE Y DATOS DEMOGRÁFICOS

| | | | | | | |
|---|--------|---|---|--|---|---|
| APELLIDO | | NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | APELLIDO ANTERIOR | NOMBRE DE PREFERENCIA |
| NÚMERO DE ID DEL ESTUDIANTE | | | FECHA DE NACIMIENTO / / DÍA MES AÑO | | SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| | | | | | SEXO JURÍDICO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Género no binario | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | DPTO. | DIRECCIÓN SECUNDARIA (si es diferente) | | | DPTO. |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | |
| TELÉFONO DEL PADRE/MADRE _ _ _ - _ _ - _ _ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo | | | TELÉFONO del/la ESTUDIANTE _ _ _ - _ _ - _ _ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo | | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE | | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL/LA ESTUDIANTE | | | |
| PREFERENCIA PARA NOTIFICACIÓN DE CITAS (escoja una) PADRE/MADRE <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> MyChart | | | PREFERENCIA PARA NOTIFICACIÓN DE CITAS (escoja una) ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> MyChar | | | |
| IDENTIDAD DE GÉNERO | | <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a | | <input type="checkbox"/> Transgénero: de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Transgénero: de mujer a hombre <input type="checkbox"/> No binario/género queer | | <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ORIENTACIÓN SEXUAL | | <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual | | <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Queer | | <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| PRONOMBRE PREFERIDO | | <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él | | <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro: | | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿USTED ES HISPANO O HISPANO-LATINO? | | <input type="checkbox"/> Sí, soy hispano/a o latino/a | | <input type="checkbox"/> No, no soy hispano/a ni latino/a | | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| ¿CUÁL ES LA RAZA U ORIGEN DE SU FAMILIA? | | <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Más de una raza | | <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Blanca |
| ¿ES VETERANO/A DE ESTADOS UNIDOS? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |
| ¿CUÁL ES SU SITUACIÓN LABORAL? | | <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo a medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por temporada | | <input type="checkbox"/> Soy menor de edad <input type="checkbox"/> Estoy desempleado/a <input type="checkbox"/> Soy militar en servicio activo | | <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estoy jubilado/a <input type="checkbox"/> Soy estudiante |
| ¿CUÁL ES SU IDIOMA PREFERIDO POR ESCRITO? | | | | ¿NECESITA UN INTÉRPRETE? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

2. PADRE, MADRE O TUTOR (SI EL/LA PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)

| | | | | | |
|--------------------------|--------|------------------------|---|----------------------|--|
| APELLIDO DEL PADRE/TUTOR | | NOMBRE DEL PADRE/TUTOR | | FECHA DE NAC. / / | SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| DIRECCIÓN POSTAL | | DPTO. | PARENTESCO CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | TELÉFONO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo _ _ _ - _ _ - _ _ | | |

CENTRO DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE REGISTRO DEL/LA PACIENTE



Continuación de la otra página

3. SEGURO

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---|
| ¿TIENE SEGURO? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| INCLUYA LA INFORMACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO. | NOMBRE DEL SEGURO | | FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA |
| | NÚMERO DE PLAN GRUPAL | N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO | |
| | NOMBRE DEL SUScriptor O TITULAR DE LA PÓLIZA | FECHA DE NACIMIENTO DEL SUScriptor | |
| ¿LE INTERESA NUESTRO PROGRAMA DE DESCUENTOS EN ESCALA VARIABLE? | Ofrecemos un programa de descuentos en escala variable si no tiene seguro médico o si necesita ayuda para pagar los gastos que su compañía de seguros no cubre. La elegibilidad para el programa y la tarifa mínima se basan en la cantidad de integrantes y en los ingresos del grupo familiar. ¿Le gustaría reunirse con uno de nuestros especialistas en elegibilidad para obtener más información y presentar una solicitud? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

4. PREGUNTAS ADICIONALES (Responda como paciente; o bien, si el/la paciente es menor de edad, responda como su tutor legal).

| | | | | |
|---|--|----|--|----|
| INGRESOS ANUALES O MENSUALES | ¿Cuál es el ingreso bruto anual en su hogar? | \$ | Si es más fácil de calcular, ¿cuál es el ingreso mensual en su hogar? | \$ |
| 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: | | | |
| ¿NO TIENE HOGAR O VIVE EN UN REFUGIO TEMPORAL? | <input type="checkbox"/> Tengo casa <input type="checkbox"/> Comparto una casa con otra persona <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Resido en una vivienda con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Resido en una vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> No tengo casa <input type="checkbox"/> Estoy en una situación transitoria | | | |
| SITUACIÓN LABORAL DE TEMPORADA/INMIGRANTE | En cualquier momento en los últimos dos años, ¿el trabajo agrícola de temporada o como inmigrante ha sido la principal fuente de ingresos de usted o de su familia? | | <input type="checkbox"/> No realizo trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Sí, realizo trabajo agrícola como inmigrante <input type="checkbox"/> Sí, realizo trabajo agrícola por temporada | |
| ¿CÓMO SUPO DE NEIGHBORCARE HEALTH? (Marque todas las opciones que correspondan) | <input type="checkbox"/> Amigos o familia <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet (Google) <input type="checkbox"/> Otro proveedor que no es Neighborcare <input type="checkbox"/> Ubicación conveniente/cerca de mi casa <input type="checkbox"/> Otros grupos o programas comunitarios <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Anuncios (carteles, autobús, periódico) <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro | | | |

5. AVISO 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 |
|---|-----------|

6. FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

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 la atención de salud mental puede ser provista por un trabajador social certificado, un terapeuta de salud mental certificado u otro miembro del 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.

| | | |
|-------|----------------------------|--------------|
| FIRMA | PARENTESCO CON EL PACIENTE | FECHA / / |
|-------|----------------------------|--------------|

CENTRO DE SALUD ESCOLAR

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS A LA 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 y las estudiantes estén registrados/as en el centro de salud para recibir los servicios del enfermero escolar.

Por el presente solicito y autorizo a que: (Escriba el nombre del/la estudiante en letra de imprenta a continuación).

| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | Fecha de nac. / / |
|--------|----------------------------|----------|----------------------|
|--------|----------------------------|----------|----------------------|

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. Dichos servicios pueden incluir, entre otros: asesoramiento de salud mental, exámenes médicos rutinarios, naturopatía, exámenes físicos deportivos, control del niño o el adolescente sanos, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, vacunas, análisis de sangre, fotografías, radiografías, servicios de tratamiento dental y con 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. Dicha atención puede proveerse de manera presencial o remota, ya sea por teléfono o a través de una consulta virtual de telesalud. 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, como las siguientes:

1. El/la paciente, o su padre, madre o tutor, otorgan el permiso a través de un formulario firmado de divulgación de información.
2. El/la paciente indica que existe un riesgo de daño inminente para sí mismo/a o para otros.
3. El/la paciente tiene un problema de salud que amenaza su vida y es menor de 18 años.
4. Existen motivos para sospechar que ocurrió una situación de 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 el enfermero de la escuela administre medicamentos de venta libre (por ejemplo, Ibuprofen, 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 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 otorga para los servicios prestados por Neighborcare Health durante el tiempo en el cual el estudiante esté inscripto 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 estudiante: <i>(obligatoria para los y las estudiantes mayores de 13 años)</i> | Fecha: / / |
| Firma del padre/tutor: | Fecha: / / |
| Nombre del tutor legalmente responsable (en letra de imprenta): | Relación: |

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 los y las 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/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 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 ningún costo para usted. Si está de acuerdo con que revisemos a su hijo: <ul style="list-style-type: none"> Las revisiones dentales se reanudarán cuando los y las estudiantes regresen a la escuela para retomar las clases presenciales. 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 niño. 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 UN CHEQUEO DENTAL? Un proveedor de asistencia dental de Neighborcare Health revisará los dientes de su hijo/a y hará una evaluación visual. Aplicará barniz de flúor , que es una capa protectora que se coloca sobre los dientes para ayudar a impedir la formación de nuevas caries y para ayudar a detener la evolución de aquellas que ya han aparecido. Una revisión dental NO reemplaza a un examen dental completo realizado por el dentista de su hijo/a. | |
| 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 NAC. / / | |
| GÉNERO DEL/LA ESTUDIANTE: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X | | | | |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: | | | | |
| PRIMER NOMBRE | INICIAL DEL 2.º NOMBRE | APELLIDO | FECHA DE NAC. / / | |
| DIRECCIÓN: | | CIUDAD: | CÓDIGO POSTAL: | |
| TELÉFONO: | | | | |
| ¿Prefiere que se lo contacte en un idioma que no sea el inglés? | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Si su respuesta es sí, ¿en qué idioma? | |
| ¿Cómo le gustaría recibir los resultados de la evaluación dental de su hijo? | | <input type="checkbox"/> Quiero que se los entreguen a mi hijo/a en la escuela para que los lleve a casa. <input type="checkbox"/> Quiero que me los envíen por correo a la dirección indicada anteriormente. | | |
| ¿Cuándo fue la última vez que su hijo visitó a un dentista? | | <input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Hace menos de 2 años <input type="checkbox"/> Hace menos de 1 año <input type="checkbox"/> Hace menos de 2 años <input type="checkbox"/> Nunca | | |
| ¿Tiene su niño un dentista regular? | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | Si respondió sí, ¿dónde? | |
| ¿Desea obtener ayuda para encontrar un dentista para su hijo? | | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí | | |
| Este programa es sin costo para usted, pero es posible que se facture 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: | | | | |
| RELACIÓN: | | SEXO 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 2020-2021

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

Neighborcare Health
School-based Health Program
1200 12th 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 inglés)

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 2021.

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.

Neighborcare Health es parte de un acuerdo de atención médica organizada que incluye a participantes de la Red de Información de Salud de la Comunidad de Oregon (Oregon Community Health Information Network, OCHIN). En www.ochin.org se puede encontrar la lista actualizada de participantes de la OCHIN. En carácter de socio comercial de Neighborcare Health, la OCHIN proporciona tecnología de la información y servicios relacionados con Neighborcare Health y otros participantes de la OCHIN. La OCHIN también realiza actividades de evaluación de calidad y mejora en nombre de sus participantes. Por ejemplo, coordina actividades de revisión clínica en nombre de organizaciones participantes para establecer estándares para prácticas recomendadas y beneficios clínicos que puedan surgir del uso de sistemas de historias clínicas electrónicas. La OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de derivaciones de pacientes internos y externos. Su información de salud personal puede ser compartida por Neighborcare Health con otros participantes de la OCHIN o puede haber un intercambio de información de salud únicamente cuando sea necesario para un tratamiento médico o a los efectos de las operaciones de atención médica del acuerdo de atención médica organizada.

Las operaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, la geocodificación de su lugar de residencia para mejorar los beneficios clínicos que recibe. La información de salud personal

puede incluir información médica pasada, presente y futura y la información descrita en las Reglas de privacidad. La información, en la medida en que se divulgue, se divulgará de conformidad con las Reglas de privacidad o toda otra ley aplicable y sus enmiendas. Usted tiene derecho a cambiar de opinión y retirar este consentimiento. Sin embargo, la información puede ya haberse proporcionado como usted lo autorizó. Este consentimiento tendrá vigencia hasta que sea revocado por escrito por usted. Si lo solicita, recibirá la lista de organismos a los cuales se les divulgó su información.

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 registremos 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 imponamos 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 o al contactar al Funcionario de Privacidad a 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. 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