

Harlem Children's Zone Promise Academy I

# Centro de Salud Escolar

245 West 129th Street, Room 113, New York, NY 10027

Teléfono: 347-773-3203

[www.institute.org](http://www.institute.org)

## Cuidado de Salud Rutina:

Exámenes físicos completos:  
Para Jugar Deportes o Trabajar  
Vacunas para inscribir en la Escuela  
Vacunas contra la Gripe  
Exámenes de la vista y de los oídos  
Referidos a proveedores dental  
Servicios de la Salud Reproductiva  
Educación de Salud  
Chequeos

## Servicios Médicos:

Pruebas de Sangre  
Visitas Enfermas  
Apoyo por Asma  
Apoyo por Diabetes  
Consejo de nutrición  
Medicinas y Recetas a su Farmacia  
Referidos a Especialistas

## La Salud Mental:

Terapia de crisis o en curso  
Exámenes por riesgo de depresión  
Referidos a Otros Proveedores

## Apoyo Por Aplicar por el Seguro Médico

Todos nuestros servicios de salud son  
previsto **sin ningún costo** a usted!

## The Institute for Family Health:

Servicios de Salud por Jóvenes y Adultos

### Manhattan:

Sidney Hillman & Phillips  
Práctica Familiar  
230 West 17th Street  
(Entre los Avenidas 7 & 8)  
212-206-5200

Amsterdam Centro  
690 Amsterdam Ave  
(al 94th St)  
212-815-4104

Harlem Centro de Salud Familiar  
1824 Madison Ave (al 119th)  
212-423-4500  
Salud Mental: 212-423-4200  
Salud Dental: 212-423-4400

IFH Centro por Terapia al  
ASC  
64 West 35th St  
New York, NY 10001  
646-741-9100

### The Bronx:

Urban Horizons Centro de  
Salud Familiar & Centro River  
por Terapia  
50 East 168 St  
718-293-3900

Stevenson Centro de Salud  
Familiar  
731 White Plains Rd.  
Bronx, NY 10473  
718-579-8775

Walton Centro de Salud  
Familiar  
1894 Walton Ave (177 St)  
718-583-3060  
Dental: 718-583-2700

Mt. Hope Práctica Familiar  
130 West Tremont Avenue  
(Cerca de University Ave)  
718-583-9000

### Brooklyn:

Cadman Centro de Salud Familiar  
300 Cadman Plaza West, Piso 17  
(Dentro de 1 Pierrepont Plaza)

---

*El centro de salud escolar acepta el seguro médico, pero si no tienen, podemos ayudarle a usted (y su familia) a aplicar. Sin embargo, ¡le vemos a su hijo sin ningún costo para usted!*



Servicios de Salud que son  
Alta-Calidad, Ningún Costo, y Confidencial  
en la escuela

Abierto 8:30 AM—4PM  
Cada día que hay escuela



The Institute for Family Health  
School-Based Health Program  
www.institute.org



## ¡Es rápido y fácil que su niño/a reciba servicios médicos en el Centro de Salud Escolar de Promise Academy I!

Querido Padre (s)/ Encargado(s):

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a en Promise Academy I tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por The Institute for Family Health es parte del Mount Sinai hospital. El Centro de Salud Escolar tiene profesionales con licencia consiste de proveedores médicos, de salud mental y dental.

**Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el centro de salud escolar y también ver a sus otros médicos. Su firma en esta autorización no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta la cantidad de visitas a su médico privado.**

**Su hijo/a puede recibir servicios notados aquí en nuestro Centro sin ningún costo a usted y sin importar si tiene o no seguro médico. Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar está permitido facturar a su compañía de seguro, sin embargo, **no hay copagos para usted, y usted no recibirá una cuenta.****

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos completos;
- Medicinas y recetas a su farmacia;
- Exámenes de laboratorio;
- Vacunas;
- Servicios médicos, incluyendo tratamiento para condiciones urgentes o crónicas
- Servicios de la salud reproductiva apropiadas para la edad;
- Educación de la salud;
- Servicios de salud mental;
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas;
- Evaluación y referidos para seguro médico;
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana
- Servicios dental

Para registrar su hijo/a para que reciban servicios médicos, un padre o un encargado debe **leer y firmar** los siguientes formularios.

- ☺ **Consentimiento de los Padres**
- ☺ **Cuestionario de Historia Clínica Básica**

Por favor devuelva el formulario a Coordinador/a de padres o directamente al Centro de Salud Escolar localizado en el primer piso, habitación 113.

El Centro de Salud Escolar que se encuentra en el primer piso de la escuela de su hijo/a está abierta todos los días la escuela está abierta. Las horas son de lunes a viernes entre las 8:30am –4:00 pm.

Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere. Visítenos en el Centro de Salud Escolar de Promise Academy I o llámenos al (347) 773-3203 para obtener más información.

Sinceramente,

Elizabeth Ring, CPNP  
Pediatric Nurse Practitioner  
Medical Director, HCZ PA I/HCZ PA II  
The Institute for Family Health

## Programa de Salud Escolar del Departamento de Educación de NYC AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

**Proveedor de servicios de salud y domicilio (HCSP):** 245 W 129th St, Room 113, New York, NY 10027

**Escuelas incluida:** Harlem Children's Zone, Promise Academy I

**Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.**

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

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
<p><b>¿Tiene su hijo/a Medicaid?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____</p> <p><b>¿Tiene su hijo/a Child Health Plus?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____</p> <p><b>¿Qué plan tiene?</b>  <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Metro Plus  <input type="checkbox"/> Emblem Health (HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus <input type="checkbox"/> United Healthcare  <input type="checkbox"/> Wellcare</p>	<p><b>¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____                  Identificación del miembro/Número de póliza: _____                  Teléfono del seguro de salud: _____</p> <p><b>Asignación de Beneficios:</b> Por la presente autorizo al Institute for Family Health a liberar cualquier información adquirida en el transcurso del examen médico o tratamiento de mi niño con fines de reclamos de seguro médico; y autorizo el pago directo al Institute for Family Health.</p> <p><b>Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llames para ayudarlo a obtener un seguro de salud?</b>  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____</p>

### Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el INSTITUTE FOR FAMILY HEALTH Centro Escolar de Salud.

**AVISO:** Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha**

### Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

**X** \_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha**

**POR FAVOR CERCÍOARSE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

Proveedor de servicios de salud y Domicilio (HCSP): 245 W 129th St, Room 113, New York, NY 10027 Phone: 347-773-3203

Escuelas incluida: Harlem Children's Zone, Promise Academy I

**CAJA 1. SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD**

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de The Institute for Family Health (HCSP) como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

**CAJA 2 :**

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK  
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD  
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO  
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Institute for Family Health (HCSP) Centro de Salud Escolar para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

**Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:**

Información requerida por ley o por

Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen de Nuevo Ingreso (Formulario CH-205)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger las salud y las seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

**Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:**

**Desde:** Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

**Hasta:** Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

**POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO**

**Estimado Padre/Madre/Guardián:** La salud de su niño es importante. Para ayudar al Centro de Salud a entender mejor sus necesidades de salud, y/o para cuidar de su niño en caso de emergencia, complete este breve y confidencial formulario.

Nombre del niño				Fecha de nacimiento			Escuela					Grado				
<b>El historial de salud de su niño</b>				<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro</b>	<b>El Dep de Salud de Estado de NY requiere estas preguntas sobre el riesgo de tuberculosis e intoxicación por plomo:</b>					<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro</b>		
¿Tiene su niño alguna alergia a los medicamentos? De ser así, ¿cuáles son?							¿Alguna vez ha tenido su niño tuberculosis o un examen de piel para tuberculosis positivo? De ser así, ¿a qué edad?									
¿Tiene su niño alguna alergia a los alimentos? De ser así, ¿cuáles son?							¿Ha estado su niño alrededor de alguien con la enfermedad de tuberculosis (TB)? De ser así, ¿cuándo? ¿Quién?									
¿Ha habido cambios en la salud de su niño en el año pasado? De ser así, ¿cuáles son?							¿Tiene su niño un contacto cercano o vice con una persona que tiene un examen de piel para tuberculosis positivo? De ser así, ¿cuándo? ¿Quién?									
¿Toma su niño algún medicamento regularmente? De ser así, ¿cuáles son?							¿Ha vivido su niño en los Estados Unidos por menos de 5 años? De ser así, ¿dónde más ha vivido?									
¿Alguna vez ha tenido su niño varicela? De ser así, ¿a qué edad?							¿Ha viajado su niño fuera de los Estados Unidos por más de un mes a la vez? De ser así, ¿a dónde?									
¿Alguna vez ha sido su niño hospitalizado o ha tenido cirugías? De ser así, ¿para qué?							¿Ha viajado su niño, o ha usado cerámica glaseada, remedios caseros, cosméticos, alimentos, especias) importados de Haití, México, Pakistán, la República Dominicana, o Bangladesh?									
¿Tiene su niño un doctor al que va y le gusta fuera de la escuela? ¿Cuándo fue la fecha de su último examen completo de salud/físico? Fecha:							<b>¿Con quién vive el niño?</b>									
¿Tiene su niño un dentista al que va y le gusta fuera de la escuela? ¿Cuándo fue su última visita dental? Fecha:							<b>¿En el año pasado, ha habido algunos cambios mayores en su familia? (Eg. matrimonio, divorcio, enfermedades graves, muertes, otro)</b>									
<b>¿Tiene su niño alguna condición o problema de salud?</b>				<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No estoy seguro</b>	<b>¿Algún familiar, vivo o muerto, ha tenido alguno de estos problemas? Marque todo lo que corresponda:</b>					<b>N/A</b>	<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>Hermano/a</b>	<b>Abuelo/a</b>
Alergias (estacionales/ambientales)							Asma									
Ansiedad/depresión (marque uno o ambos)							Desordenes de sangre/anemia falciforme									
Asma							Depresión/ansiedad									
Trastorno de Déficit de Atención							Diabetes									
Diabetes							Ataque al corazón antes de los 50 años									
Obesidad							Presión arterial alta									
Otro:							Colesterol alto									
Si su niño viene al centro de salud por un pequeño dolor (dolor de cabeza/de dientes/cólicos menstruales), ¿le gustaría que le llamáramos ANTES de que se le dé a su niño medicina para aliviar el dolor sin receta (como Tylenol/Motrin al menos que sea alérgico)? <b>Marque uno: Sí No</b>							Obesidad									
Nombre				Fecha			Fumar cigarros de tabaco/puros									
Firma							Otro:									
Relación con el niño																

Por favor llame el centro de salud con cualquier pregunta. ¡Gracias!

