

ATENCIÓN MÉDICA Y MÁS

PARA TI Y TU FAMILIA

- Exámenes físicos
- Atención para condiciones crónicas
- Medicamentos y recetas
- Ayuda con registro a seguro médico
- Autorización Deportiva
- Pre-empleo
- Vacunas
- Exámenes de oído y visión
- Atención de la salud reproductiva
- Servicios de salud mental
- Recomendaciones a otros profesionales médicos
- Servicios dentales



Estamos aquí todos los días que la escuela está abierta, de 8:30 am a 4:00 pm. Registre a su hijo(a) ahora mismo para obtener servicios de salud confidenciales, de calidad y sin costo en la escuela.

NO SE LE RECHAZA A NADIE.

HARLEM CHILDREN'S ZONE PROMISE ACADEMY I CENTRO DE SALUD ESCOLAR

245 West 129th Street, 1er piso
New York, NY 10027
(347) 773-3203
Fax: (646) 559-4260

Para atención médica para niños y adultos, visite uno de los siguientes centros de salud o visite [institute.org/locations](https://www.institute.org/locations) para obtener información de más ubicaciones.

THE INSTITUTE FOR FAMILY HEALTH AT 17TH STREET

230 West 17th Street
(entre 7th & 8th Avenues)
New York, NY 10011
(212) 206-5200

HARLEM FAMILY HEALTH CENTER

1824 Madison Avenue
New York, NY 10035
(844) 434-2778

STEVENSON FAMILY HEALTH CENTER

731 White Plains Road
Bronx, NY 10473
(718) 589-8775

www.institute.org





Department of Health
& Mental Hygiene

Su hijo puede recibir servicios de salud de manera fácil y rápida a través del Centro de Salud Escolar de The Institute for Family Health.

Estimado padre o tutor:

Nos complace informarle que la escuela de su hijo cuenta con un Centro de Salud Escolar (***School-Based Health Center***, SBHC). El SBHC cuenta con profesionales certificados de The Institute for Family Health.

Tenga en cuenta que su hijo puede usar los servicios del Centro de Salud Escolar y a la vez consultar con sus otros médicos. Firmar esta autorización no cambia el seguro médico de su hijo, ni cambia su médico primario y tampoco afecta la cantidad de veces que puede ver al médico primario.

En el Centro de Salud Escolar, su hijo puede recibir los servicios que se indican más abajo **sin costo alguno** e independientemente de si tiene o no seguro médico. Sin embargo, si su hijo tiene seguro médico, el SBHC tiene permitido facturar al seguro médico. **No hay copagos** por el uso de los servicios del SBHC y **usted nunca recibirá una factura**. Si su hijo tiene seguro médico, asegúrese de incluir los datos en la sección correspondiente del formulario de autorización adjunto.

Los servicios del Centro de Salud Escolar incluyen:

- Servicios de salud primarios
 - Exámenes físicos (incluye exámenes para actividades deportivas y documentos de trabajo)
 - Vacunas
 - Manejo de medicamentos con y sin receta
 - Pruebas de laboratorio
 - Examen de visión, asma y otras enfermedades
 - Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
 - Para adolescentes: Servicios de salud reproductiva adecuados para la edad del estudiante
- Educación sobre la salud
- Consejería de salud mental
- Servicios dentales (donde estén disponibles)
- Visitas médicas virtuales (donde estén disponibles)

El Centro de Salud Escolar está ubicado en el salón 113 piso de la escuela de su hijo, y presta servicio todos los días en que haya clases, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. Durante los fines de semana y después del horario habitual, tendrá acceso a un médico de turno.

Para inscribir a su hijo, **lea, complete, y firme** el formulario de inscripción adjunto. Usted o su hijo pueden devolver el formulario en el Centro de Salud Escolar en el salón 113. Si tiene preguntas, llámenos al **347-773-320**

Nos dará muchísimo gusto conocerlos y proporcionarle servicios de salud a su hijo.

Atentamente,

Elizabeth Ring, CPNP
Medical Director
School-Based Health Centers
The Institute for Family Health

LaKiesha George/Elementary School Principal
Madelaine Shultz/Middle School Principal
Amy Deal/High School Principal
Harlem Children's Zone Promise Academy I

Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar de The Institute for Family Health

Dirección del proveedor de servicios de salud: _____

Nombre(s) de la(s) escuela(s): _____

Tenga en cuenta que su hijo puede usar los servicios del Centro de Salud Escolar y a la vez consultar con sus otros médicos. Firmar esta autorización no cambia su seguro médico, ni cambia su médico privado y tampoco afecta el número de veces que su hijo puede ver a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año Dirección del estudiante: _____ Ciudad Estado Código postal Escuela: _____ Grado: _____ N.º de identificación estudiantil (OSIS): _____ Celular del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ *N.º de Seguro Social del estudiante: _____ <i>*Campo opcional: Se usa exclusivamente para fines de seguro médico</i> Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino Pronombres: _____ Identidad de género (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Transgénero ☐ Otro: _____ Raza (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Multirracial ☐ Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Indígena de Estados Unidos o Alaska ☐ Otro _____ Etnia: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino	Padre o tutor legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de la casa/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Padre o tutor legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de la casa/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Si usted es el tutor legal, indique su parentesco con el estudiante: ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Padre de crianza temporal ☐ Otro: _____ Idioma de preferencia del padre/tutor: _____
CONTACTO ADICIONAL PARA EMERGENCIAS	
Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____	
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD	
¿Su hijo visita a un dentista con regularidad? ☐ Sí ☐ No Nombre: _____ Nombre del consultorio/clínica: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	¿Su hijo visita a un dentista con regularidad? ☐ Sí ☐ No Nombre: _____ Nombre del consultorio/clínica: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
DATOS SOBRE LA FARMACIA Y EL SEGURO MÉDICO	
¿Su hijo tiene Medicaid? ☐ No ☐ Sí: # ID Medicaid: _____ ¿Su hijo tiene Child Health Plus? ☐ No ☐ Sí: Número de Child Health Plus: _____ ¿Su hijo tiene algún otro seguro médico? ☐ No ☐ Sí. Plan médico: _____ N.º de identificación del miembro/póliza: _____ Nombre del asegurado: _____	Incluya los datos de la farmacia a la cual podemos enviar recetas. Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____ Si su hijo no tiene seguro médico, ¿desearía que un representante se comunique con usted para ayudarlo a obtener seguro médico? ☐ No ☐ Sí ¿Cuál? _____
Casilla 1. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA SERVICIOS MÉDICOS PRIMARIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
Leí y comprendo los servicios detallados en la casilla 1 de la página siguiente, y con mi firma autorizo que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar (HCSP) The Institute for Family Health. Mi firma indica que recibí una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, y que autorizo que se contacte a otros proveedores que hayan examinado a mi hijo. PARA TENER EN CUENTA: Por ley, no se requiere autorización de los padres para realizar exámenes obligatorios, aplicar tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y proporcionar servicios cuando parezca peligrar la salud del estudiante. No se requiere la autorización de los padres para los estudiantes mayores de 18 años que sean padres de familia, estén casados, estén legalmente emancipados, se hayan fugado del hogar o sean jóvenes sin hogar.	
X _____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha
Casilla 2. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA	
Leí y entiendo los términos sobre la divulgación de información médica en la casilla 2 al dorso de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información médica tal como se especifica en la casilla 2 únicamente.	
X _____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha
Casilla 3. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA	
Leí y comprendo los servicios dentales detallados en la casilla 3 de la página siguiente, y con mi firma autorizo que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar (HCSP) The Institute for Family Health.	
X _____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha

Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar de The Institute for Family Health

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

CASILLA 1

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios médicos proporcionados por profesionales de la salud con certificación del Estado de The Institute for Family Health (HCSP), como parte del programa de salud de la escuela, el cual fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en las áreas específicas de servicio que establece la ley, y que se exhortará a los estudiantes a que involucren a sus padres o tutores en las decisiones de cuidado médico y orientación. Los servicios del Centro de Salud Escolar pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, entre ellos exámenes de vista, audición, asma, obesidad, escoliosis y otros problemas de salud, primeros auxilios y las vacunas requeridas y recomendadas (las vacunas necesitan un permiso adicional).
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, actividades deportivas, documentación para obtener empleo y nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio por indicación médica para enfermedades como anemia, anemia falciforme 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 referidos.
6. Para estudiantes adolescentes: Servicios de cuidado médico relacionados con la reproducción, incluyendo orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección Depo, LARC y otros métodos aprobados por la FDA), pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de VIH y referidos, de acuerdo con la edad e indicación médica.
7. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como el consumo de tabaco, drogas o alcohol; educación relacionada con la abstinencia de relaciones sexuales y la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y el VIH, de acuerdo con la edad e indicación médica.
8. Examen de salud oral y tratamiento con flúor, donde estén disponibles.
9. Referidos para servicios no proporcionados por el Centro de Salud Escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual sobre salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA

CASILLA 2

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información sobre salud según se especifica más abajo. Las leyes federales y estatales de privacidad podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este documento, autorizo la divulgación de información de salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, tal como se indica más abajo, ya sea porque lo ordena la ley o por disposición del canciller o porque sea necesario para proteger la salud y el bienestar 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. Negarse a proporcionar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

He aclarado las preguntas que tenía sobre este formulario. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información de salud de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro de Salud Escolar. 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 Centro de Salud Escolar The Institute for Family Health (HCSP) a divulgar información médica específica con el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York del estudiante mencionado en el reverso de la página.

Autorizo al Centro de Salud Escolar a divulgarle al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (y viceversa) la información médica descrita más abajo, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo. Comprendo que esta información será confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad.

Comprendo que la información que se le divulgará al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, ya sea para cumplir con los requisitos legales o para garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo, podría incluir, entre otros, lo siguiente:

Examen físico integral (Formulario CH-205 o su equivalente) Vacunas (obligatorias/recomendadas) Resultados de exámenes de visión y audición	Cualquier otra información que se considere necesaria para proteger la salud o el bienestar del estudiante
Diagnóstico de enfermedades crónicas (incluyendo el formulario para la administración de medicamentos o el formulario de administración de medicamentos para la diabetes) Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante	Información requerida para completar el Informe de Incidentes del DOE o el Formulario para directores de la Oficina de Salud Escolar sobre los informes OORS
Diagnóstico de ciertas enfermedades infecciosas (NO incluye datos sobre la infección por VIH o enfermedades de transmisión sexual)	Enfermedades que requieran transporte al departamento de emergencias de un hospital
Documentos del Programa de Educación Individualizado (<i>Individualized Education Program</i> , IEP)	Cobertura del seguro médico Inscripción en el Centro de Salud Escolar

Período durante el cual se autoriza la entrega de la información:

De: Fecha en que se firma el formulario en el reverso de la página

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

AVISO: Este formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar fue aprobado por el DOE / la OSH.

Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar de The Institute for Family Health

SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA

CASILLA 3

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios dentales proporcionados por profesionales de la salud con certificación de The Institute for Family Health (HCSP), como parte del programa de salud dental de la escuela, el cual fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los servicios dentales preventivos del Centro de Salud Escolar podrían incluir los siguientes:

1. Examen por un dentista o higienista dental
2. Limpieza dental
3. Sellantes dentales
4. Tratamiento de flúor
5. Aplicación de flúor diamino de plata (*Silver Diamine Fluoride, SDF*), si está disponible. *El SDF podría aplicarse en los dientes posteriores para detener el progreso de las caries. Este puede llegar a decolorar las caries a un color café o negro.*
6. Rayos X dentales, donde estén disponibles (si son necesarios)
7. Referidos (si son necesarios)

Para otros servicios aparte de los preventivos que se mencionan aquí, el HCSP avisará al padre o tutor sobre los servicios y tratamientos recomendados para su hijo antes de proporcionarlos. Estos podrían incluir rellenos, extracciones y el uso de anestesia u otros medicamentos.

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	
El historial de salud de su niño				Sí	No	No estoy seguro			
¿Tiene su niño alguna alergia a los medicamentos? De ser así, ¿cuáles son?									
¿Tiene su niño alguna alergia a los alimentos? De ser así, ¿cuáles son?									
¿Ha habido cambios en la salud de su niño en el año pasado? De ser así, ¿cuáles son?									
¿Toma su niño algún medicamento regularmente? De ser así, ¿cuáles son?									
¿Alguna vez ha tenido su niño varicela? De ser así, ¿a qué edad?									
¿Alguna vez ha sido su niño hospitalizado o ha tenido cirugías? De ser así, ¿para qué?									
¿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:									
¿Tiene su niño un dentista al que va y le gusta fuera de la escuela? ¿Cuándo fue su última visita dental? Fecha:									
¿Tiene su niño alguna condición o problema de salud?				Sí	No	No estoy seguro			
Alergias (estacionales/ambientales)									
Ansiedad/depresión (marque uno o ambos)									
Asma									
Trastorno de Déficit de Atención									
Diabetes									
Obesidad									
Otro:									
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)? Marque uno: Sí No									
Nombre				Fecha					
Firma									
Relación con el niño									

El Dep de Salud de Estado de NY requiere estas preguntas sobre el riesgo de tuberculosis e intoxicación por plomo:				Sí	No	No estoy seguro		
¿Alguna vez ha tenido su niño tuberculosis o un examen de piel para tuberculosis positivo? De ser así, ¿a qué edad?								
¿Ha estado su niño alrededor de alguien con la enfermedad de tuberculosis (TB)? De ser así, ¿cuándo? ¿Quién?								
¿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?								
¿Ha vivido su niño en los Estados Unidos por menos de 5 años? De ser así, ¿dónde más ha vivido?								
¿Ha viajado su niño fuera de los Estados Unidos por más de un mes a la vez? De ser así, ¿a dónde?								
¿Ha viajado su niño, o ha usado cerámica glaseada, remedios caseros, cosméticos, alimentos, especias) importados de Haití, México, Pakistán, la República Dominicana, o Bangladesh?								
¿Con quién vive el niño?								
¿En el año pasado, ha habido algunos cambios mayores en su familia? (Eg. matrimonio, divorcio, enfermedades graves, muertes,								
¿Algún familiar, vivo o muerto, ha tenido alguno de estos problemas? Marque todo lo que corresponda:				N/A	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Asma								
Desordenes de sangre/anemia falciforme								
Depresión/ansiedad								
Diabetes								
Ataque al corazón antes de los 50 años								
Presión arterial alta								
Colesterol alto								
Obesidad								
Fumar cigarros de tabaco/puros								
Otro:								

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

