



Su hijo puede recibir servicios de salud de manera fácil y rápida a través del Centro de Salud Escolar de Morris Heights School-Based Health Center!

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 Morris Heights Health Center.

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 la escuela de su hijo, y presta servicio todos los días en que haya clases, de 8:00 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. Si tiene preguntas, llámenos al **(718) 425-3828**. Nos dará muchísimo gusto conocerlos y proporcionarles servicios de salud a su hijo.

Atentamente,

Lucy Paez Stelzner
Sarmistha Mukherjee

Director, School Based Health Program
Medical Director, Department of Pediatrics and School Based Health Program

Resumen de sus Derechos de Privacidad

Este resumen describe sus derechos y nuestra responsabilidad con respecto a la privacidad de su información médica. Una copia detallada de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible a pedido previa solicitud.

Su privacidad es muy importante para nosotros, y estamos comprometidos a proteger la información de salud que lo identifica. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud. Se aplican protecciones especiales de privacidad al estatus del VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética.

Cómo podemos usar su información de salud divulgada:

Para Tratamiento

El MHHC puede usar su Información de Salud para proporcionarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar Información de Salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal que esté involucrado en su cuidado. También podemos divulgar Información de Salud a personas fuera del MHHC que puedan estar involucradas en su atención médica.

Para Operaciones de Atención Médica

Podemos usar y divulgar Información de Salud para propósitos de operaciones de cuidado de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para nuestros propósitos de operación y administración.

Otros Usos y Divulgaciones

Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley internacional, federal, estatal o local. Podemos divulgar Información de Salud a nuestros socios comerciales que realizan funciones en nuestro nombre o nos proporcionan servicios si la Información de Salud es necesaria para tales funciones o servicios. Podemos divulgar Información de Salud para actividades de salud pública. Podemos divulgar Información de Salud a una agencia de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Otros usos y divulgaciones de la Información de Salud no cubiertos por este Aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solamente con su permiso por escrito.

Sus derechos con respecto a la información de salud sobre usted

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la Información de Salud que pueda ser usada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Usted puede pedir al MHHC que corrija sus registros si cree que son incorrectos o incompletos. Usted tiene el derecho de solicitar una lista de otras personas u organizaciones a quienes hemos

divulgado su Información de Salud. Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la Información de Salud que usamos o divulgamos para tratamiento u operaciones de atención médica. Usted también puede tener el derecho de solicitar un límite en la Información de Salud que revelamos sobre usted a su plan de salud o a alguien que está involucrado en su cuidado. Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una manera más confidencial o en un lugar determinado. Si hay un acceso inadecuado o una violación, uso o revelación de su Información de Salud, le notificaremos.

Usted tiene derecho a una copia impresa de nuestro Aviso detallado de Prácticas de Privacidad. Por favor pregunte a un miembro de nuestro personal de atención médica o visite nuestro sitio web en www.mhhc.org. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja con Morris Heights Health Center o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con Morris Heights Health, llame a nuestra Línea Directa de Cumplimiento al 718-299-2971.

Nuestras Responsabilidades

Seguiremos los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso. Le proporcionaremos una copia. La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su Información Médica Protegida (PHI).

**Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar
MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER**

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: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">Mes Día Año</div> Dirección del estudiante: _____ <div style="text-align: center; font-size: x-small;">Ciudad Estado Código postal</div> Escuela: _____ Grado: _____ N.º de identificación estudiantil (OSIS): _____ Celular del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ *N.º de Seguro Social del estudiante: _____ <small>*Campo opcional: Se usa exclusivamente para fines de seguro médico</small> Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Pronombres: _____ Identidad de género (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro: _____ Raza (marque todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena de Estados Unidos o Alaska <input type="checkbox"/> Otro _____ Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío(a) <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal <input type="checkbox"/> 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 médico con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre: _____ Nombre del consultorio/clínica: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	¿Su hijo visita a un dentista con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre: _____ Nombre del consultorio/clínica: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

DATOS SOBRE LA FARMACIA Y EL SEGURO MÉDICO	
¿Su hijo tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: # ID Medicaid: _____ ¿Su hijo tiene Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Número de Child Health Plus: _____ ¿Su hijo tiene algún otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 ayudarle a obtener seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál es el mejor momento del día para comunicarse con usted? _____

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) MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER. 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) MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER.	
X _____ Firma del padre/tutor	_____ Fecha

**Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar
MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER**

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	CASILLA 1
<p>Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios médicos proporcionados por profesionales de la salud con certificación del Estado de <u>MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER</u> (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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <u>Para estudiantes adolescentes</u>: 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
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Autorizo al Centro de Salud Escolar <u>MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER</u> (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.</p> <p>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.</p> <p>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:</p>	
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, IEP</i>)	Cobertura del seguro médico Inscripción en el Centro de Salud Escolar
<p>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.</p>	

SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA	CASILLA 3
<p>Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios dentales proporcionados por profesionales de la salud con certificación de <u>MORRIS HEIGHTS HEALTH CENTER</u> (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 (<i>Silver Diamine Fluoride, SDF</i>); 6) Rayos X dentales; 7) Referidos (si son necesarios).</p> <p>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.</p>	

El Historial De Salud Básico

Estimado Padre/Tutor legal: La salud de tu hijo/a es importante para nosotros. Para ayudar al Centro de Salud a comprender mejor sus necesidades de atención médica y/o atenderlos en caso de una emergencia, complete este breve y confidencial formulario con el historial de médico.

Nombre del hijo/a:	Fecha de nacimiento:	Escuela:	Grado:
---------------------------	-----------------------------	-----------------	---------------

El historial médico de su hijo/a	Sí	No	No estoy seguro
¿Su hijo/a tiene alergia a algún medicamento? Si es SI, ¿cuál es?			
¿Su hijo/a tiene alergia a algún alimento? Si es SI, ¿cuál es?			
¿Tiene alguna preocupación sobre su hijo/a? Si es SI, ¿cuál es?			
¿Su hijo/a toma algún medicamento todos los días? Si es SI, ¿cuál es?			
¿Alguna vez su hijo/a ha sido admitido en el hospital o se ha sometido a alguna cirugía? Si es SI, ¿para qué?			
¿Su hijo/a tiene un médico regular fuera de la escuela? Si es SI, ¿quién? _____ Fecha del último examen físico			
¿Su hijo/a tiene un dentista regular fuera de la escuela? Si es SI, ¿quién? _____ Fecha del último examen:			
¿Su hijo está expuesto a marihuana, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, vapeo, o juul?			
Nombre del Padre/Tutor legal:			
		Fecha:	
Firma:			
Relación con su niño/a:			

¿Con quién vive su hijo/a la mayor parte del tiempo? (Por favor, haga un círculo)			
Padres Abuelos Sólo Madre Sólo Padre Padrastros Hermanos Padres adoptivos Otro: _____			
¿En el pasado año, ha habido algún cambio importante en la familia? (Por favor, haga un círculo)			
Matrimonio Separación Divorcio Mudanza Pérdida de empleo Nueva escuela Nacimientos Enfermedad grave Muertes Otro _____			
¿Su hijo tiene o alguna vez tuvo alguno de los siguientes?	Sí	No	No estoy seguro
Alergias			
Ansiedad/Depresión			
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)			
Asma			
Diabetes			
Problemas cardíacos			
Problemas en la escuela			
Convulsiones			
Enfermedad de células falciformes o portador del rasgo			

Algún miembro de la familia alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas?	Madre	Padre	Hermano/Hermana	Abuelo/a	N/A
Asma					
Trastornos de la sangre/Enfermedad de células falciformes					
Problemas de salud mental					
Diabetes					
Ataque cardíaco o derrame cerebrovascular antes de los 50 años					
Presión arterial alta					
Colesterol alto					
Cáncer					
Otros:					

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



SOLO PARA USO EN LA OFICINA:	
Revisado por:	Fecha: