



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR
EN LA ESCUELA

Paciente/Grado: _____

Fecha Recibida: _____

¿Paciente existente de NCHC? _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género al nacer: Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono Celular: _____

Escuela NPS: Ponus CMS McMahon CGS Kendall Other: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el Contacto de Emergencia: _____

Proveedor de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

PERMISO PARA SERVICIOS

¡Consiento los siguientes servicios para mi hijo:

Servicios Médicos Inmunización

Servicios de Salud Mental Exámenes Físicos (Deportes/Empleo)

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Sin Seguro (necesita aplicar para escala móvil) Descuento de Clínica

Seguro Primario

Nombre de la Compañía de Seguros: _____ Estado: _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

ID del Miembro: _____ Grupo: _____

Nombre del Empleador: _____

Relación con el titular del seguro: Propio Padre Hijo Esposo/a Otro _____

Firma del Padre o Tutor Legal:

Fecha



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR
EN LA ESCUELA

Paciente/Grado: _____

Fecha Recibida: _____

¿Paciente existente de NCHC? _____

CONSENTIMIENTO

Centro de Salud y Bienestar Basado en la Escuela. Los miembros designados del equipo del Centro de Salud Basado en la Escuela están obligados por ley a divulgar información específica del paciente al DPH, con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, vigilancia o discapacidades en Connecticut así como en los Estados Unidos. La información requerida y mandatada por ley incluye: enfermedades de transmisión sexual; datos de laboratorio; nacimientos; muertes; reacciones adversas a medicamentos; abuso o negligencia infantil; y violencia doméstica. Otra información general también se enviará al DPH para el seguimiento estadístico, pero esta información será desidentificada, lo que significa que se eliminará el nombre de mi estudiante.

He tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Comunitario de Norwalk.

Entiendo que el Centro de Salud y Bienestar Basado en la Escuela puede utilizar telemedicina para proporcionar servicios de salud conductual y médica. La videoconferencia entre el estudiante y el proveedor no implica almacenamiento de datos, grabación o archivo. Los encuentros de telemedicina seguirán estando sujetos a los requisitos de la Regla de Privacidad de HIPAA que se aplica a la Información de Salud Protegida.

Entiendo que se puede facturar al seguro por los servicios cubiertos y la necesidad de proporcionar información del seguro antes de que se brinden los servicios.

Entiendo que de acuerdo con HIPAA y FERPA doy mi consentimiento para que la enfermera escolar, trabajadora social y/o psicóloga se comuniquen directamente con el personal del HWC para la continuidad de la atención y que el personal del HWC se comunique directamente con la enfermera escolar, trabajadora social y/o psicóloga.

Entiendo que el Centro de Salud y Bienestar no cobrará copagos ni ningún otro cargo fuera del bolsillo por el uso de los Servicios del Centro de Salud Basado en la Escuela.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción basada en este consentimiento. Cualquier solicitud de revocación debe hacerse por escrito y enviarse al Centro de Salud Basado en la Escuela asociado con la atención de mi estudiante.

Entiendo que si tengo un Proveedor de Atención Primaria externo, doy mi consentimiento para la liberación de información directamente a mi Proveedor de Atención Primaria para la continuidad de la atención y lo citaré en el Formulario de Registro del Paciente.

Reconozco que toda la información solicitada en el Formulario de Historia de Salud de registro y en este consentimiento es precisa y completa. Mi estudiante y yo hemos leído este formulario cuidadosamente y entiendo que si tengo alguna pregunta, puedo llamar al Coordinador del Centro de Salud Basado en la Escuela para cualquier explicación antes de firmar esta autorización.

Con mi firma a continuación, certifico, como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, que entiendo el consentimiento para el tratamiento del Centro de Salud Basado en la Escuela. **Este consentimiento es válido por la duración de los años de mi hijo en las Escuelas Públicas de Norwalk.**

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta del Padre/Tutor Legal

Firma del Estudiante

Fecha

Nombre en Letra de Imprenta del Estudiante

Dirección

Ciudad

Estado

Código Posta

Ponus/CMS SBHC
21 Hunters Lane
Norwalk, CT 06850
p. 203-899-2208
f. 888-571-5871

McMahon/CGS SBHC
300 Highland Avenue
Norwalk, CT 06854
p. 203-854-0524
f. 888-571-1744

Kendall SBHC
57 Fallow Street
Norwalk, CT 06850
p.
f.

Family Center
1 Park Street
Norwalk, CT 06851
p.
f.



FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD

¿Tiene su hijo alguna alergia? No Sí: _____

¿Tiene su hijo alguna condición médica crónica, es decir, asma, migrañas, depresión? _____

Por favor, proporcione la siguiente información sobre los medicamentos que su hijo está tomando:

Nombre de los medicamentos: Razón por la que los toma: Cuánto tiempo ha estado tomando

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado durante toda la noche?

Sí No Si es así, indique la edad en el momento de la hospitalización y describa el problema. .

Edad Problema

_____	_____
_____	_____

¿Alguna vez su hijo ha tenido alguna lesión/enfermedad grave?

Sí No Si es así, explique . _____

¿Ha sido atendido su hijo en una sala de emergencias en el último año?

Sí No Si es así, indique el número de visitas: _____

Razón(es) de la(s) visita(s): _____

¿Ha tenido su hijo una visita dental en el último año?

Sí No Nombre del dentista _____

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado o ha recibido consejería por salud emocional?

Sí No Si es así, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Razón: _____

En el último año, ¿ha habido algún cambio en su familia como:

- Matrimonio Enfermedad grave Cambio de escuela Nacimientos Divorcio
 Separación Pérdida de empleo Mudanza a una nueva casa Fallecimientos Otro

PREOCUPACIONES DEL PADRE O TUTOR LEGAL

A continuación se presentan algunas preocupaciones comunes de los adolescentes y las familias. Si tiene alguna de estas preocupaciones, por favor anime a su hijo a programar una visita en el Centro de Bienestar o siéntase libre de llamar al Centro de Bienestar para discutir sus preocupaciones.

Peso/Dieta/nutrición

Violencia

Patrones de sueño

Ausentismo escolar/abandono escolar

Fumar cigarrillos/masticar tabaco

Relaciones con los miembros de la familia

Elección de amigos

Uso de drogas/alcohol

Autoimagen/autoestima

Comportamientos sexuales

Depresión

Identidad sexual

Mentiras, robo o vandalismo

Cambios de humor excesivos o rebeldía



CENTRO DE SALUD Y BIENSTAR
EN LA ESCUELA

Paciente/Grado: _____

Fecha Recibida: _____

¿Paciente existente de NCHC? _____

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida (PHI) para llevar a cabo tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es la información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y Divulgaciones de la Información de Salud Protegida: Su información de salud protegida puede ser utilizada y divulgada por nuestra organización, nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionar servicios de atención médica, pagar sus facturas de atención médica, apoyar la operación de la organización y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o gestionar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, si es necesario, a una agencia de atención domiciliar que le proporcione cuidados. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que se le ha referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratarlo.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para la cobertura de equipos o suministros puede requerir que su información de salud protegida relevante sea divulgada al plan de salud para obtener la aprobación de cobertura. Operaciones de Atención Médica:

Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra organización. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, actividades de acreditación y realización o arreglo de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a agencias de acreditación como parte de una encuesta de acreditación. También podemos llamarlo por su nombre mientras esté en nuestra instalación. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, si es necesario, para contactarlo y verificar el estado de su equipo. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo requerido por la ley, problemas de salud pública según lo requerido por la ley, enfermedades contagiosas, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos, procedimientos legales, aplicación de la ley, actividad criminal, internos, actividad militar, seguridad nacional y compensación laboral. Usos y Divulgaciones Requeridos: Según la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.

Otros Usos y Divulgaciones Permitidos y Requeridos Se Harán Solo con Su Consentimiento, Autorización u Oportunidad de Objeción, a menos que lo requiera la ley. Puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o esta organización haya tomado una acción en dependencia del uso o divulgación indicado en la autorización.

Sus Derechos: A continuación se presenta una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida. Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información compilada en anticipación razonable de, o para su uso en, una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo, y la información de salud protegida que está sujeta a una ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información de salud protegida. Esto significa que puede pedirnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información de salud protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para fines de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe especificar la restricción solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Nuestra organización no está obligada a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si nuestra organización cree que es en su mejor interés permitir el uso y divulgación de su información de salud protegida, su información de salud protegida no será restringida. Luego tiene el derecho de usar otro Profesional de la Salud.

Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones confidenciales de nuestra parte por medios alternativos o en una ubicación alternativa. Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de nosotros, a solicitud, incluso si ha acordado aceptar este aviso alternativamente, por ejemplo, electrónicamente. Puede tener el derecho de solicitar que nuestra organización envíe su información de salud protegida. Si denegamos su solicitud de enmienda, tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y podemos preparar una réplica a su declaración y proporcionarle una copia de dicha réplica. Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hay, de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso e informarle por correo de cualquier cambio. Luego tiene el derecho de objetar o retirarse según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que sus derechos de privacidad han sido violados por nosotros. Puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro contacto de privacidad sobre su queja.

No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Estamos obligados por la ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si tiene alguna pregunta, inquietud u objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Director de Calidad, Riesgo y Cumplimiento.

Las empresas asociadas con las que podemos hacer negocios, como un servicio de contestación o un servicio de entrega, reciben solo la información necesaria para proporcionar el servicio requerido. No se proporciona información médica. Agradecemos sus comentarios: No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta sobre cómo protegemos su privacidad. Nuestro objetivo es siempre proporcionarle los servicios de la más alta calidad

Ponus/CMS SBHC
21 Hunters Lane
Norwalk, CT 06850
p. 203-899-2208
f. 888-571-5871

McMahon/CGS SBHC
300 Highland Avenue
Norwalk, CT 06854
p. 203-854-0524
f. 888-571-1744

Kendall SBHC
57 Fallow Street
Norwalk, CT 06850
p.
f.

Family Center
1 Park Street
Norwalk, CT 06851
p.
f.