



## School Based Health Center Enrollment and/or Update Form

*Los Niños Saludables Son Mejores Estudiantes*

### **MEDICAL**

Estimado Padre/Madre/Tutor Legal:

Como estudiante en las escuelas públicas de los Condados Caroline y Talbot, su niño/a tiene acceso a los **Centros de Salud de Choptank Community Health System Basados en la Escuela**. Nosotros somos una **fuentes conveniente de cuidados de salud de calidad** equipados con "nurse practitioners" higienistas dentales y consejeros certificados que trabajan en colaboración con el médico de su niño/a y la enfermera de la escuela. Su niño/a puede recibir tratamiento médico y dental en la misma escuela. No hay necesidad de tomar tiempo libre del trabajo para llevar a su niño/a al médico y/o viajar hacia y desde la escuela, hogar y la oficina del doctor dado el alto costo de la gasolina.

### **Servicios prestados en el Los centros de salud escolar**

- ❖ Dolor de garganta
- ❖ Recetas
- ❖ Tos
- ❖ Dolores de cabeza
- ❖ Dificultad para respirar
- ❖ Piel, picor, erupción
- ❖ Evaluaciones de riesgos de salud
- ❖ Remisiones a especialistas
- ❖ Pruebas de una faringitis estreptocócica
- ❖ Congestión
- ❖ Dolor de oídos
- ❖ Náuseas / vómitos
- ❖ Dolor o lesiones
- ❖ Exámenes físicos para deportes
- ❖ Necesidades de salud de seguimiento
- ❖ Educación para la salud

### **Planes de acción de asma**

Su proveedor de salud basado en la escuela puede ayudar a establecer un Plan de acción de asma, también llamado un plan de tratamiento, que es un plan escrito que es desarrollado en asociación con su médico para ayudar a controlar el asma de su hijo. Todos los estudiantes inscritos en el "Bienestar" con diagnóstico de asma son elegibles para recibir educación y supervisión. Usted y su niño pueden aprender a reconocer las señales de advertencia de un ataque y cómo alejarse de las cosas que desencadenan un ataque. Como nos gusta decir:

***¡Los niños sanos aprenden mejor!***

## ADICIONAL INFORMACIÓN

La misión de estos Centros es la de **mejorar la salud de los estudiantes y la facultad, aumentar el acceso a cuidados de salud primarios y a disminuir el tiempo ausente a la escuela proveyendo cuidados dentro de la escuela.**

**Servicios:** Tratamiento de problemas menores de salud/lastimaduras, asistencia en el manejo de enfermedades crónicas, recetas, asesoramientos de salud, exámenes rutinarios de laboratorio/diagnóstico, educación sobre la salud, referidos a especialistas y exámenes físicos para deportes. Cada vez que su niño/a es visto/a en el Centro de Salud se le enviará una nota a su casa con los detalles de la visita. Adicionalmente, un reporte de la visita es compartido con el médico primario de su niño/a.

**Costo:** Las regulaciones federales y estatales requieren que todos los proveedores incluyendo Choptank Community Health System (CCHS), facturen a todos los pacientes por los servicios del programa de los Centros de Salud Basados en la Escuela. Los programas de Medicaid cubren los cargos de los Centros de Salud Basados en la Escuela. Si su niño/a tiene seguro médico, nosotros le enviaremos los cargos por los servicios de salud a su compañía de seguros y seguiremos los requisitos de facturación asociados con su plan. Dependiendo de su plan de seguros, usted podrá recibir una cuenta de CCHS por los copagos, los deducibles y/o cualquier servicio que no esté cubierto. Si CCHS no es un proveedor participante con su compañía de seguros, usted será facturado directamente por los servicios prestados. Si usted no tiene seguro, nosotros ofrecemos la tarifa escalonada. Los pacientes en la tarifa escalonada serán facturados basado en sus fuentes de ingreso. Todos los pacientes son elegibles para aplicar a la tarifa escalonada, aún aquellos que tienen seguro. Finalmente, el costo asociado con los servicios de laboratorio será enviado a su seguro. Los cargos por estas pruebas serán enviados directamente por la compañía del laboratorio.

**Inscripción:** Todos los estudiantes de los Condados Caroline y Talbot pueden inscribirse en este programa. Por favor complete la Planilla de Inscripción. Devuélvasela a la enfermera de la escuela o al Health Center. Una vez que su niño/a esté inscrito en el Health Center, no tendrá que inscribirse de nuevo cada año. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, por favor llame a CCHS al (410) 479-4306, Ext. 5012.

**Choptank Community Health System**  
**Planilla de Inscripción para el Programa de Salud Basado en las Escuelas**

**Mi niño/a es un/una estudiante en:** \_\_\_\_\_

**Condado Caroline**

**Condado Talbot**

|                             |          |                               |  |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|--|
| Nombre del Estudiante _____ |          |                               |  |
|                             | Apellido | Primer Nombre                 | Segundo Nombre   |
| Dirección _____             |          |                               |  |
| Calle                       | Ciudad   | Estado/Zona Postal            |  |
| Teléfono _____              |          | Número de Seguro Social _____ | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino     |
| Fecha de Nacimiento _____   |          | Raza _____                    | ¿Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Lenguaje Preferido: _____   |          |                               |  |
| Grado _____                 |          | Aula Principal _____          | Email _____  |

|   |  |                             |
|---|--|-----------------------------|
| Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: _____             |  |                             |
| Relación con el estudiante: _____                     |  |                             |
| Dirección (si es diferente a la del estudiante) _____ |  |                             |
| Teléfono: Casa _____                                  |  | Trabajo _____ Celular _____ |
| En caso de emergencia, llamar:                        |  |                             |
| Nombre _____  |  | Teléfono _____              |

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>¿Tiene su niño/a seguro médico?</b>   |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>NO, Por favor envíe una aplicación para el programa de la tarifa escalonada.</b>           |                           |
| <input type="checkbox"/> <b>Si, por favor complete lo siguiente:</b>   |                           |
| Nombre de la compañía de seguros _____   |                           |
| Numero de la Póliza/Asistencia Médica _____  | Número de Grupo _____     |
| Dirección de la compañía de seguros para facturación: _____  |                           |
| Nombre del Subscriptor _____   | Fecha de Nacimiento _____ |
| <b>¿Tiene su niño/a un Médico/Proveedor de Salud Primario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</b> |                           |
| Nombre del Médico/Proveedor de Salud Primario _____  |                           |
| Dirección _____  | Teléfono _____            |
| Nombre del Dentista _____  | Teléfono _____            |
| Farmacia _____   |                           |

*Yo entiendo que mi firma da permiso a los proveedores de los Centros de Salud de CCHS basados en la escuela a tratar a mi niño/a y a comunicarse con su proveedor de salud primario. Yo entiendo que mi firma indica que yo he recibido y revisado la copia de la Notificación de las Prácticas Privadas. Yo le doy permiso a CCHS a llamar a mi casa y dejar un mensaje referente a información sobre la salud en la máquina telefónica o con una persona. CCHS también puede enviar información sobre el cuidado de la salud a mi casa. Yo entiendo que el estudiante puede pedir que las visitas permanezcan confidenciales. La ley en Maryland no requiere un consentimiento de los padres para el tratamiento o consejo sobre el abuso de las drogas, alcoholismo, enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo, o contraceptivos. Los estudiantes de 16 años o mayores de esa edad pueden recibir servicios de salud mental sin el consentimiento de los padres. Yo entiendo que la información sobre la salud de mi niño/a va a ser usada para tratamiento, pago y otras funciones de cuidado de salud. Yo reconozco que los datos de la escuela pueden ser usados para obtener información dejada en blanco en la planilla de inscripción. Yo entiendo que los servicios prestados a mi niño/a serán facturados a mi compañía de seguros y/o Asistencia Médica. Usted podrá recibir una cuenta de CCHS por copagos y/o deducibles. Si usted no tiene seguro, usted será facturado por el costo total de los servicios o con el descuento de la tarifa escalonada si es aplicable.*

**Firma de Padre/Madre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

# Historia de la Salud del Estudiante para el Programa De Salud Basado en las Escuelas

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Escriba todas las medicinas que su niño/a toma todos los días o regularmente:**

Medicina \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ Indicaciones \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ Indicaciones \_\_\_\_\_

Medicina \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ Indicaciones \_\_\_\_\_

**Alergias**

Medicina  No  Si Nombre de la medicina(s) \_\_\_\_\_  
 Reacción a la medicina(s) \_\_\_\_\_

Comida  No  Si Causa de la alergia \_\_\_\_\_

Ambiental  No  Si Causa de la alergia \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a una orden médica para un EpiPen?  No  Si

¿Alguien en su casa fuma?  No  Si

Razón \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

| ¿TIENE O HA TENIDO SU NIÑO/A ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?                                | CHEQUEAR TODO LO QUE APLIQUE AL ESTUDIANTE | ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE HAYA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? MIEMBRO FAMILIAR | INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU NIÑO/A |
|--|--|---|---|
| SDA/SDAH   |  |   |   |
| ANEMIA   |  |   |   |
| ASMA   |  |   |   |
| SANGRAMIENTOS  |  |   |   |
| CANCER   |  |   |   |
| DEPRESIÓN/ENFERMEDAD MENTAL<br>¿Quiere referir a su niño/a a un Consejero de Salud Mental? Si / No |  |   |   |
| PROBLEMAS CON EL DESARROLLO  |  |   |   |
| DIABETES   |  |   |   |
| DROGAS/ALCOHOL/TABACO USADO POR EL ESTUDIANTE/FAMILIA  |  |   |   |
| RESFRIADOS FRECUENTES  |  |   |   |
| INFECCIONES DEL OÍDO FRECUENTES  |  |   |   |
| PROBLEMAS/PERDIDA DE AUDICIÓN/VISIÓN   |  |   |   |
| PROBLEMAS DEL CORAZÓN  |  |   |   |
| PRESIÓN ALTA   |  |   |   |
| COLESTEROL ALTO  |  |   |   |
| PROBLEMAS DE RIÑÓN/VEJIGA  |  |   |   |
| ENVENENAMIENTO POR PLOMO   |  |   |   |
| PROBLEMAS DEL HÍGADO (HEPATITIS)   |  |   |   |
| MIGRAÑAS   |  |   |   |
| PROBLEMAS DEL ESTÓMAGO   |  |   | CONTINÚA EN LA PAGINA SIGUIENTE ►   |

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

| ¿TIENE O HA TENIDO SU NIÑO/A ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? | CHEQUEAR TODO LO QUE APLIQUE AL ESTUDIANTE | ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE HAYA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES? MIEMBRO FAMILIAR | INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DE SALUD DE SU NIÑO/A |
|---|--|---|---|
| OBESIDAD  |  |   |   |
| CONVULSIONES (EPILEPSIA)  |  |   |   |
| PROBLEMAS DE LA PIEL<br>(ACNE, ECZEMA, PSORIASIS)                   |  |   |   |
| EMBOLIA/DERRAME CEREBRAL  |  |   |   |
| ENFERMEDADES DE LA TIROIDE  |  |   |   |
| CARIES DENTALES   |  |   |   |
| TUBERCULOSIS  |  |   |   |
| SILBIDO O PROBLEMA AL RESPIRAR                                      |  |   |   |
| ALGUN OTRO PROBLEMA DE SALUD:                                       |  |   |   |

**Historia al Nacer:** Orden de Nacimiento 1 2 3 4 5 6 \_\_\_ Método:  Vaginal  Cesárea

Problemas durante el embarazo \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿estuvo el bebe expuesto a?: Medicinas S/N Drogas: S/N Alcohol: S/N Fumar: S/N

¿Vino su niño/a con usted del hospital a la casa? \_\_\_\_\_ Si es NO ¿Por qué? \_\_\_\_\_

| Para niños/as de 0 – 6 años   | SI                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Vive o visita regularmente su niño/a una casa* fabricada antes de 1950?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Vive o visita regularmente su niño/a una casa fabricada antes de 1978 con renovaciones o remodelaciones hechas durante los últimos seis meses?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. ¿Tiene su niño/a algún familiar o compañero de juegos que tiene o que ha tenido envenenamiento por plomo?<br>* Guardería, Niñera o casa de un familiar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Para niños/as de todas la edades:</b>  |                          |                          |
| 1. ¿Nació, o vivió su niño/a por más de un año en un país fuera de EU?<br>¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado expuesto su niño/a a alguien que haya tenido Tuberculosis?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿En este momento, vive alguien con SIDA en la misma casa que su niño/a?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es su niño/a parte de una familia de trabajadores itinerantes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Esta información es para el uso de los Centros de Salud Basados en la Escuela y no es parte de los documentos de registro de las Escuelas Públicas.

**Firma del Padre/Madre/Tutor Legal que completó esta forma:** \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Año Escolar \_\_\_\_\_