

***¡Es rápido y sencillo***  
**que su hijo reciba cuidado de salud a través del Centro de salud escolar de Montefiore!**

Estimado padre, madre o tutor:

Nos alegra informarle que la escuela de su hijo cuenta con un Centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés). El SBHC es administrado por Montefiore Medical Center y forma parte de Montefiore Medical Group. El personal del SBHC forma parte del cuerpo de profesionales con licencia de Montefiore Medical Center. Esto comprende proveedores médicos, de salud mental y dental.

**Su hijo puede utilizar los servicios del Centro de salud escolar y continuar consultando a otros médicos. Firmar este formulario de consentimiento no modifica su seguro, no cambia a su médico de atención primaria y no afecta la cantidad de veces que su hijo puede consultar a su médico de atención primaria.**

En el Centro de salud escolar, su hijo puede recibir los servicios que figuran a continuación **sin costo alguno** para usted, independientemente de su situación de seguro. El SBHC puede facturar a las compañías de seguro médico, pero **usted no debe pagar copagos y no recibirá facturas.**

**Los servicios de los centros de salud escolar incluyen:**

- Exámenes físicos completos
- Medicamentos y recetas
- Pruebas de análisis de laboratorio
- Vacunas
- Atención médica, incluyendo tratamiento para afecciones nuevas y crónicas
- Cuidados de salud reproductiva adecuados a la edad
- Educación y orientación sobre salud
- Asesoramiento y servicios de salud mental
- Evaluación de visión, audición, asma, obesidad y otras afecciones médicas
- Proveedores de guardia fuera del horario habitual
- Servicios de cuidado dental y vision en ciertas escuelas

Para registrar a su hijo para que pueda recibir servicios en nuestro Centro de salud escolar, por favor:

1. Complete el **Formulario de consentimiento**, la **Historia clínica básica** y el **formulario del seguro** que se encuentran adjuntos.
2. Adjunte los siguientes documentos
  - Una copia de la tarjeta del seguro de su hijo (anverso y reverso)
  - Una copia del registro de vacunación de su hijo

**Asegúrese de firmar el formulario de consentimiento de los padres en dos lugares.**

Entregue los formularios completos en la Oficina principal de la escuela de su hijo o directamente en el Centro de salud escolar. El Centro de salud escolar se encuentra abierto todos los días hábiles de 8:00 a.m. a 3:30 p.m.

Esperamos conocerlo y brindarle a su hijo servicios de cuidado de la salud. Puede visitar el Centro de salud escolar para obtener más información o puede comunicarse con nosotros si tiene cualquier duda o consulta.

Atentamente,

Delaney Gracy, MD MPH  
Director de Servicios Clínicos

Grace Walfall, MBA  
La Directora Mayor de Operaciones

## Programa de Salud Escolar de Montefiore Formulario de consentimiento de los padres

Escuela _____	Fuente
	<input type="checkbox"/> Presentación en clase
	<input type="checkbox"/> Llamada telefónica
	<input type="checkbox"/> Programa de orientación/Bridge
<b>Programas escolares</b>	
	<input type="checkbox"/> Inscripción escolar
	<input type="checkbox"/> Participación de los padres
	<input type="checkbox"/> Participación de los estudiantes

Fecha de recibo: \_\_\_\_\_

*Sólo para uso interno*

N° OSIS \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica \_\_\_\_\_

**Por favor, tenga presente que su hijo puede utilizar los servicios del Centro de salud escolar y consultar a otros médicos. Firmar este formulario de consentimiento no modifica su seguro, no cambia a su médico particular y no afecta la cantidad de veces que su hijo puede consultar a su médico.**

DATOS DEL ESTUDIANTE	DATOS DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR
<p><b>Apellido del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Primer nombre del estudiante:</b> _____</p> <p><b>Fecha de nacimiento:</b> _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i></p> <p><b>Dirección del estudiante:</b> _____ _____ <i>Ciudad Estado Código postal</i></p> <p><b>Correo electrónico del estudiante:</b> _____</p> <p><b>*Número de seguro social del estudiante:</b> _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____</p> <p><b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Asiático/De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____</p> <p><b>¿Tiene el estudiante un médico que lo atiende habitualmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p> <p><b>¿Tiene el estudiante un dentista que lo atiende habitualmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p> <p><b>Indique a qué farmacia podemos enviar recetas.</b> Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____</p> <p><b>*Indica los campos opcionales: se usará únicamente con fines del seguro</b></p>	<p><b><u>Padre, madre o tutor</u></b></p> <p>Relación: _____</p> <p>Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i></p> <p>Teléfono: _____ Teléfono celular: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p><b><u>Padre, madre o tutor</u></b></p> <p>Relación: _____</p> <p>Apellido: _____ Primer nombre: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Mes Día Año</i></p> <p>Teléfono: _____ Teléfono celular: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p><b>Si es el tutor legal, indique su relación con el estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p>Teléfono: _____ Teléfono celular: _____</p> <p>Dirección de correo electrónico: _____</p> <p><b>Idioma de preferencia del padre, la madre o el tutor:</b> _____</p> <p>Está el estudiante bajo el régimen de cuidado temporal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre de la agencia de cuidado temporal: _____</p> <p>Encargado del caso: _____</p> <p>Teléfono: _____ Teléfono celular: _____</p> <div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 2px;"><b>CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL</b></div> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación con el estudiante: _____</p> <p>Teléfono del hogar o el trabajo: _____</p> <p>Teléfono celular: _____</p>

**Casillero 1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Por favor, firme el casillero 1 y el casillero 2**

He leído y comprendo los servicios que se mencionan en la página siguiente (Servicios del centro de salud escolar) y con mi firma doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios del Centro de salud escolar de Montefiore Medical Center. De acuerdo con la ley, el consentimiento de los padres no es necesario para realizar exámenes de detección obligatorios, para la prestación de servicios de primeros auxilios y el tratamiento correspondiente, la atención prenatal, los servicios relacionados con salud sexual y prevención de embarazo, y para la prestación de atención médica cuando la salud del estudiante parece estar en peligro. No se requiere el consentimiento de los padres para los estudiantes que tienen 18 años de edad o más, o para los estudiantes que son padres, que están casados o que están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Mi firma también brinda consentimiento para que se contacten con otros proveedores que han examinado a mi hijo.

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor
Nombre en letra de imprenta
Fecha

**Casillero 2. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

He leído y comprendo las disposiciones sobre divulgación de información de salud que figuran en el casillero 2 del dorso de este formulario. Con mi firma indico mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado únicamente en la sección del casillero 2.

X \_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor
Nombre en letra de imprenta
Fecha

## Programa de Salud Escolar de Montefiore Formulario del seguro

Nombre del estudiante _____	Solo para uso interno	N.º de historia clínica: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ <i>Mes      Día      Año</i>		

Los Centros de Salud Escolar de Montefiore ofrecen servicios a todos los estudiantes que están registrados para recibir servicios **sin costo** para ellos y su familia.

- A fin de cubrir los costos de nuestro programa, enviamos facturas a Medicaid y a otras compañías de seguro para recibir pagos.
- Es posible que reciba un aviso denominado Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de su compañía de seguro con información acerca de los servicios facturados y los pagos aprobados.
- Usted **no recibirá una factura** del Programa de Salud Escolar de Montefiore para pagar por cualquiera de los servicios brindados en los Centros de salud escolar de Montefiore.

### DATOS DEL SEGURO DE SALUD

**¿Su hijo tiene seguro de salud?**

Cuál es el mejor horario para comunicarse con usted?

**¿Su hijo tiene Medicaid?**

N.º de ID de Medicaid \_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene Child Health Plus?**

N.º CHP \_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene seguro de cobertura para la visión?**  Sí  No

*Complete a continuación o adjunte una copia de su tarjeta del seguro.*

**Nombre del seguro para la visión:** \_\_\_\_\_

Dirección del seguro para la visión: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  F  M

\_\_\_\_\_  
*Mes / Día / Año*

**¿Su hijo tiene OTRO seguro de SALUD?**  Sí  No

*Complete a continuación o adjunte una copia de su tarjeta del seguro.*

**Nombre del seguro de salud:** \_\_\_\_\_

Dirección del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  F  M

\_\_\_\_\_  
*Mes      Día      Año*

**¿Su hijo tiene seguro de cobertura dental?**  Sí  No

*Complete a continuación o adjunte una copia de su tarjeta del seguro.*

**Nombre del seguro dental:** \_\_\_\_\_

Dirección del seguro dental: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

**Nombre del asegurado:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  F  M

\_\_\_\_\_  
*Mes      Día      Año*

**1. ACUERDO FINANCIERO/GARANTÍA DE PAGO**

Autorizo el pago de los beneficios médicos a los que el paciente que se nombra a continuación ("mi hijo") tiene derecho directamente al Programa de Salud Escolar de Montefiore (MSHP, por sus siglas en inglés) para cubrir el costo de la atención y el tratamiento que se me brindaron en los Centros de salud escolar de Montefiore ("SBHC").

**2. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

En caso de que mi Aseguradora se niegue a pagar a MSHP los servicios provistos a mi hijo, por medio del presente doy mi consentimiento para que un representante autorizado del Hospital se comunique con mi aseguradora y le brinde toda la información y la documentación relacionada con los servicios que SBHC le brindó a mi hijo. Este material puede solicitarse para que mi aseguradora reevalúe su decisión de rechazar el pago de tales servicios. Autorizo al Programa de Salud Escolar de Montefiore, a mi proveedor tratante y a sus respectivos representantes a usar y divulgar la información de salud de mi hijo para fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud necesarios. Comprendo que mi información de salud puede incluir información relacionada con enfermedades mentales o SIDA/Complejo relacionado con el Sida (CRS)/VIH. En caso de ser necesario, las aseguradoras y los garantes pueden divulgar (incluso analizar y copiar) dicha información para el pago de cargos profesionales y del SBHC.

**3. MEDICAID U OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA- DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Certifico que la información de seguro que proporcioné sobre mi hijo es correcta. Autorizo al poseedor de información médica o de otro tipo sobre mi hijo a divulgar cualquier información necesaria para este reclamo u otro relacionado a los Centros para servicios de Medicare/Medicaid y a su agente o a cualquier otra empresa aseguradora de la que mi hijo reciba cobertura. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a nombre de mi hijo a los Centros de salud escolar de Montefiore por cualquier servicio proporcionado a él/ella por parte de proveedores de SBHC.

**4. DATOS DEL SEGURO DE SALUD**

Entiendo que los Centros de salud escolar de Montefiore usarán diversos medios para determinar si mi hijo tiene alguna cobertura de seguro. Estos medios incluyen el Sistema Electrónico de Verificación de Elegibilidad de Medicaid (Electronic Medicaid Eligibility Verification System) u otros propietarios de información acerca de mi hijo. Entiendo que estas otras fuentes de información se usarán para confirmar cualquier información de seguro provista por mí en el formulario de inscripción/consentimiento.

**CONFIRMO QUE HE LEÍDO, ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS ANTERIORES.**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Programa de Salud Escolar de Montefiore**  
**Formulario de consentimiento de los padres**

**SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR**

**CASILLERO 1**

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cuidados de salud de profesionales de la salud de Montefiore Medical Center autorizados por el estado en el marco del programa de salud escolar aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de atención médica en áreas específicas del servicio, en conformidad con lo que dispone la ley, y que se instará a los alumnos a dar participación a sus padres o tutores en las decisiones relacionadas con la orientación y la atención médica. Los servicios de los centros de salud escolar pueden incluir, entre otros:

1. Servicios de sanidad escolar obligatorios, entre otros: controles de la vista (incluye anteojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras enfermedades, primeros auxilios y vacunas obligatorias y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo), incluidos los exámenes requeridos para actividades escolares, deportes, documentos de trabajo y nuevas admisiones.
3. Exámenes de laboratorio indicados por el médico; por ejemplo, para detectar anemia, anemia drepanocítica y diabetes.
4. Atención y tratamiento médico, incluso diagnóstico de enfermedades y trastornos agudos y crónicos, y entrega y prescripción de medicamentos.
5. Servicios de salud mental, incluso evaluación, diagnóstico, tratamiento y remisiones.
6. Para estudiantes adolescentes: Cuidados de salud reproductiva, incluso orientación sobre abstinencia, anticoncepción [suministro de píldoras anticonceptivas, condones, Depo (la inyección), anticonceptivo reversible de larga duración (LARC, por sus siglas en inglés), otros métodos aprobados por la FDA], pruebas de embarazo, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas del VIH y remisiones en caso de resultados anormales, según la edad e indicación del médico.
7. Educación y orientación de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como abuso de sustancias, alcohol y tabaco, y también educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH, según la edad e indicación del médico.
8. Exámenes odontológicos, entre otros: diagnóstico, tratamiento y sellantes cuando estén disponibles.
9. Remisiones para servicios que no se brindan en el centro de salud escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual de salud.

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**

**CASILLERO 2**

**HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD  
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES CONFORME A LA LEY HIPAA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Con mi firma al dorso de este formulario autorizo la divulgación de información médica, tal como se especifica a continuación. Es posible que dicha información esté protegida por la legislación federal y estatal que rige en materia de privacidad.

Al firmar esta autorización, doy mi consentimiento para que se comparta información médica, tal como se especifica a continuación, con la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocido como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo exige la ley o las disposiciones del Canciller o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. A mi solicitud, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberán proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen cierta información de salud a la escuela, por ejemplo, certificados de vacunas. En caso de no proporcionar esta información, el estudiante puede quedar excluido de la escuela.

Me respondieron las preguntas que hice sobre este formulario. Comprendo que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al Centro de salud escolar. Sin embargo, una vez que se haya divulgado la información, no se puede revocar en forma retroactiva para cubrir información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Centro de salud escolar de Montefiore Medical Center a divulgar información médica específica del estudiante que se indica en el dorso a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (o al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

**Doy mi consentimiento para el intercambio de la información médica que se indica más abajo entre el Centro de salud escolar y el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, a fin de satisfacer los requisitos regulatorios y asegurar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Entiendo que se tratará esta información de manera confidencial de acuerdo con las disposiciones de la legislación federal y estatal y las disposiciones del Canciller sobre confidencialidad:**

**La información requerida por ley o por las disposiciones del**

**Información para proteger la salud y la seguridad:**

**Canciller incluye entre otra:**

- \* Examen físico integral (Formulario CH-205 o equivalente como exámenes deportivos, etc.)
- \* Resultados de estudios de visión y audición
- \* Vacunas (obligatorias/recomendadas)

- \* Resultados de prueba de tuberculina

- \* Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia, incluyendo enfermedades crónicas
- \* Condiciones que limitan la actividad diaria del estudiante
- \* Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (NO incluye información de VIH/enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales protegidos por ley).
- \* Cobertura de seguro de salud
- \* Inscripción en el Centro de salud escolar
- \* Programa de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)

**Período durante el que se autoriza la divulgación de información:**

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

**Hasta:** Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés)

*NOTA: El presente Formulario de consentimiento de los padres para el Centro de salud escolar ha sido aprobado por el Departamento de Educación (DOE)/Oficina de Salud Escolar (OSH)*

## Programa de Salud Escolar de Montefiore

### Historia clínica básica

Nombre del niño	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Grado	Escuela
-----------------	-----------------------------------	-------	---------

**Estimado/a padre, madre o tutor:** La salud de su hijo es importante para nosotros. Todos los años realizamos una breve evaluación de salud de cada uno de los estudiantes que se inscriben en el Centro de salud escolar de Montefiore para comprender mejor sus necesidades de salud. La evaluación incluye control de altura, peso y presión arterial. También revisamos el registro de vacunación. Dicha evaluación no reemplaza el examen físico completo que los estudiantes deben realizar cada año con su proveedor de atención médica regular. Por favor, incluya el nombre del proveedor de atención médica de su hijo para que podamos trabajar juntos en la atención de su hijo.

Si su hijo no tiene un proveedor de atención médica, podemos realizar el examen físico completo en el Centro de salud escolar. No se requiere seguro de salud. Somos parte de Montefiore Medical Center y usamos la misma historia clínica que Montefiore Health System. Esto significa que podemos comunicarnos directamente con los médicos de Montefiore a través de la historia clínica de su hijo. Siempre le informaremos si su hijo está enfermo y necesita retirarse de la escuela o recibir atención de urgencia. Por favor, infórmenos si su información de contacto cambia. Para ayudar al Equipo de Salud Escolar a comprender las necesidades médicas de su hijo para atención regular y de emergencia, responda las siguientes preguntas.

¿Su hijo tiene algún problema de salud grave o crónico?	No	Sí
Asma		
Depresión o ansiedad ( <i>marque con un círculo una o ambas opciones, si corresponde</i> )		
Sobrepeso u obesidad		
Otras afecciones crónicas (diabetes, anemia de células falciformes, etc.)		
¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo un soplo cardíaco?		
¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? <b>Si la respuesta es "sí", por favor, indique el nombre, la dosis y la frecuencia con que lo toma.</b>		
¿Alguna vez su hijo ha estado hospitalizado o le han realizado una cirugía? <b>Si la respuesta es "sí", ¿por qué motivo?</b>		
¿Su hijo ha tenido varicela? <b>Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad?</b> _____		
<b>¿Tiene alergias a medicamentos o alimentos?</b>	No	Sí
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? <b>Si la respuesta es "sí", por favor indique a cuáles</b>		
¿Su hijo es alérgico a algún alimento? <b>Si la respuesta es "sí", por favor indique a cuáles</b>		
Si la respuesta es "sí", ¿su hijo tiene un Epi-pen?		

¿Alguno de sus familiares ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? <b>Marque todas las opciones que correspondan.</b>	Madre	Padre	Hermanos	Abuelo/a	Otro
Asma					
Diabetes					
Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular (derrame) antes de los 45 años					
Colesterol alto					
Hábito de fumar cigarrillos/cigarros de tabaco					
Otro:					
Otro:					
Fallecido/a					

Si su hijo se presenta en el Centro de salud escolar con un poco de dolor u otros síntomas leves, le daremos uno de los siguientes **medicamentos**, siempre que nuestro proveedor lo considere adecuado desde el punto de vista médico, salvo que su hijo tenga una alergia específica de la que estemos al tanto.

Acetaminofeno (Tylenol) o ibuprofeno (Motrin) para aliviar el dolor, por ej., en casos de dolor de cabeza o dolor menstrual
Maalox para el dolor de estómago o náuseas
Pepto-bismol para la diarrea o molestias estomacales
Loratadina (Claritin) para alergias estacionales
Pseudoefedrina para síntomas de resfrío

**Si no desea que su hijo reciba ninguno de estos medicamentos sin hablar primero con el proveedor médico u odontológico, marque el casillero que figura a continuación.**

**Si marca este casillero y no podemos comunicarnos por teléfono con usted, NO se le proporcionará a su hijo ningún medicamento en dicha visita. □**

El Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York solicita que realicemos las siguientes preguntas en relación con el riesgo de tuberculosis y el riesgo de intoxicación por plomo.	No	Sí
¿Su hijo tuvo tuberculosis o un resultado positivo en la prueba cutánea de tuberculosis alguna vez? <b>Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad?</b> _____ Año _____		
¿Su hijo ha tenido contacto alguna vez con una persona con tuberculosis (TB)? Si la respuesta es "sí": Cuándo _____ ¿Con quién? _____		
¿Su hijo está en contacto directo o vive con alguien que haya tenido un resultado positivo en la prueba cutánea de TB? <b>Si la respuesta es "sí", ¿cuándo?</b> _____		
¿Su hijo ha vivido en los Estados Unidos durante menos de 5 años? <b>Si la respuesta es "sí", ¿dónde vivía antes?</b> _____		
¿Su hijo ha estado fuera de los Estados Unidos durante más de un mes? <b>Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad?</b> _____ <b>¿Dónde?</b> _____		
¿Su hijo ha viajado a Haití, México, República Dominicana, Pakistán o Bangladesh o ha usado productos (cerámica esmaltada, remedios caseros, cosméticos, alimentos o especias) importados de esos países?		

Fecha (Mes/Día/Año)

Nombre

Firma

Relación con el estudiante

# RESUMEN DE SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD

**Este resumen describe sus derechos y nuestras responsabilidades con relación a la privacidad de su información de salud. Para tener información más detallada, solicite una copia del aviso sobre prácticas de privacidad del sistema de salud de Montefiore.**

Su privacidad es muy importante para nosotros. Nos comprometemos a proteger la información médica que lo identifique (“Información de Salud”). La ley nos exige salvaguardar la privacidad de la Información de Salud que le identifica. Existen protecciones especiales para el VIH, el abuso de alcohol y sustancias, la salud mental y la información genética.

## En qué casos podríamos usar y divulgar su información médica

### Para tratamientos

Podemos utilizar su información de salud para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podremos dar a conocer información de salud a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otro personal que participa en su tratamiento. También podemos divulgar información de salud a personas que no pertenecen a Montefiore y que intervienen en la atención de su salud.

### Para pagos

Podemos usar y divulgar información de salud para poder facturar el tratamiento y los servicios que recibe en Montefiore y podamos cobrar a través de usted, de la compañía de seguros o de otra persona. También podremos dar información a su plan de salud sobre un tratamiento que usted deba recibir a fin de obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

### Para actividades relacionadas con el cuidado de su salud

Podemos usar y divulgar información de salud con el propósito de llevar a cabo actividades relacionadas con la atención de la salud. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarnos de que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad y para poder llevar a cabo nuestras tareas de funcionamiento y administración. También podemos transmitir información a médicos, enfermeras, personal Técnico, estudiantes de medicina y otro personal para fines educativos y de aprendizaje.

### Otros usos y divulgaciones

Revelaremos información médica sobre usted cuando así lo exija la legislación internacional, federal, estatal o local. Podremos divulgar información de salud a nuestros asociados comerciales que desempeñan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información de salud es necesaria para el desempeño de dichas funciones o servicios. Podremos revelar información de salud para actividades vinculadas con la salud pública. Podremos revelar información de salud a las agencias de supervisión de salud para auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Los demás usos de la información de salud no cubiertos en este aviso o no exigidos por la legislación vigente se realizarán únicamente con su autorización escrita.

### Sus derechos con respecto a su información de salud

Usted tiene derecho a revisar y copiar la información de su salud que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención médica o el pago de dicha atención. Puede solicitarnos la corrección de sus registros si cree que son incorrectos o están incompletos. Usted tiene derecho a solicitar una lista de las personas u organizaciones a las que les hemos entregado información sobre su salud. Usted tiene derecho a pedir una restricción o limitación a la divulgación de la información de salud que usamos o divulgamos sobre su tratamiento, pago u atención de salud. Además, puede tener derecho a solicitar un límite respecto de la información de salud que revelamos a su plan de salud o a otra persona que intervenga en su atención de salud o en el pago de sus cuidados médicos. Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre temas médicos de una forma más confidencial o en un lugar determinado. Si hubiese un acceso, uso o divulgación incorrecta de su información de salud, se lo informaremos.

Este Resumen y el Aviso detallado sobre prácticas de privacidad de Montefiore son aplicables a la atención y el tratamiento que usted recibe en las instituciones que forman parte del Sistema de Salud de Montefiore, entre las que se incluyen Montefiore Medical Center, Montefiore New Rochelle Hospital, Montefiore Mount Vernon Hospital, Montefiore Nyack, Schaffer Extended Care Center, Burke Rehabilitation Hospital, Crystal Run Healthcare Physicians LLP, St. Luke's Cornwall Hospital y White Plains Hospital. Usted tiene derecho a recibir una copia en papel con nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad. Consulte a su proveedor o visite nuestro sitio web, <http://www.montefiore.org/>. Si cree que sus derechos de privacidad han sido transgredidos, puede presentar un reclamo ante nuestras oficinas de Montefiore o ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Para presentar una queja ante Montefiore, comuníquese con nuestro funcionario de privacidad llamando al 718-920-8239 o a través de [privacyofficer@montefiore.org](mailto:privacyofficer@montefiore.org).