

Querido Padre o Encargado:

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a – Manhattan Academy for Arts and Language, Success Academy High School of Liberal Arts, Murray Hill Academy, Unity Center for Urban Technologies – tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por Renaissance, a Gotham Health Center. El Centro de Salud Escolar tiene profesionales de Renaissance con licencia que consiste de proveedores médicos y de salud mental.

Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el centro de salud escolar y también ver a sus otros médicos. Su firma en esta autorización no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta la cantidad de visitas a su médico privado.

Su hijo/a puede recibir servicios notados aquí en nuestro Centro sin ningún costo a usted y sin importar si tiene o no seguro médico. Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar está permitido facturar a su compañía de seguro, sin embargo, no hay copagos para usted, y usted no recibirá una cuenta.

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos completos;
- Medicinas y recetas a su farmacia;
- Exámenes de laboratorio; Vacunas
- Servicios médicos, incluyendo tratamiento para condiciones urgentes o crónicas
- Servicios de la salud reproductiva apropiadas para la edad;
- Educación de la salud;
- Servicios de salud mental;
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas;
- Evaluación y referidos para seguro médico;
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana

Para registrar su hijo/a para que reciban servicios médicos, un padre o un encargado debe **leer y firmar** los siguientes formularios.

☺ **Consentimiento de los Padres**

☺ **Autorización para divulgar información médica de HIPAA**

Por favor devuelva el formulario a la oficina del director de la escuela o directamente al Centro de Salud Escolar.

El Centro de Salud Escolar se encuentra en la habitación 1025 de la escuela de su hijo/a. Las horas son de lunes a viernes entre las 8:00am-4:00pm.

Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere. Visítenos en el Centro de Salud Escolar en la habitación 1025 o llámenos al 646-815-0730 para obtener más información.

Sinceramente,

Rhonda James-Rodney, Nurse Practitioner
Renaissance / Gotham Health

Mary McCord, MD, Pediatric Medical Director
NYC Health + Hospitals / Gotham Health

Siv Boletsis, Principal
Manhattan Academy for Arts and Language

Yvette Sy, Principal
Murray Hill Academy

Rachel Keane, Principal
Success Academy HS of Liberal Arts

Fausto de la Rosa, Principal
Unity Center for Urban Technologies

NYC Health + Hospitals | Gotham Health
Autorización de Padres Para Servicios del Centro De Salud
 111 East 33rd Street, Room 1025 New York, NY 10016

Por favor marque la escuela de su hijo/a: ☐ Manhattan Academy for Arts
☐ Murray Hill Academy ☐ Success Academy HS of Liberals Arts ☐ Unity Center for Urban Technologies

Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año Dirección del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Grado: _____ **Número de seguro social del estudiante: _____ Grupo étnico: ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Indígena estadounidense ☐ Asiático/Indígena del Pacífico ☐ Otro _____ ¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____	Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Si es tutor legal, relación con el estudiante: ☐ Abuelo/Abuela ☐ Tía/Tío ☐ Padre/Madre de acogida ☐ Otro: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____
Contacto Adicional Para Casos de Emergencia	
Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____	
**Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro	

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
¿Tiene su hijo/a Medicaid? ☐ No ☐ Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo/a Child Health Plus? ☐ No ☐ Sí: N.º de identificación de CHP _____ ¿Qué plan tiene? ☐ Affinity ☐ Fidelis ☐ Healthfirst ☐ Metro Plus ☐ Emblem Health (HIP/GHI) ☐ Empire BC/BS Health Plus ☐ United Healthcare ☐ Wellcare	¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud? ☐ No ☐ Sí, Plan de salud: _____ Identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llames para ayudarlo a obtener un seguro de salud? ☐ No ☐ Si ¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____

Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Centro Escolar de Salud, NYC Health + Hospitals/Gotham Health.

AVISO: Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

CAJA 1.

SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de NYC Health + Hospitals/Gotham Health como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes 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 recomendaciones.
6. Para los Estudiantes Adolescentes: Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedad(es) transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

CAJA 2:

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad 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. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. 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 NYC Health + Hospitals/Gotham Health para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por

Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger la salud y las seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

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

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

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Su hijo(a) es alérgico(a) a algún medicamento o alimento? ☐ Sí ☐ No

Nombre de los medicamentos: _____

Nombre de los alimentos: _____

¿Su hijo(a) toma algún medicamento diariamente? ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y dosis: _____

¿Su hijo(a) es alérgico(a) al látex? ☐ Sí ☐ No

Enfermedades anteriores: Marque todas las enfermedades anteriores que ha tenido su hijo(a):

- | | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Paperas | ☐ Varicela | ☐ Meningitis | ☐ Sarampión | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Fiebre reumática | ☐ Hepatitis | ☐ Mononucleosis | ☐ Neumonía | ☐ Rubeola |
| ☐ Infecciones del tracto urinario | ☐ Otra enfermedad: _____ | | | |

¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud? (pasado o presente) Por favor, marque cualquier problema que su hijo(a) tenga o haya tenido:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Anemia | ☐ Asma | ☐ Problemas conductuales | ☐ Problemas óseos |
| ☐ Hemorragias | ☐ Cáncer | ☐ Dolores en el pecho | ☐ Estreñimiento |
| ☐ Fibrosis quística | ☐ Problemas odontológicos | ☐ Diabetes | ☐ Diarrea |
| ☐ Mareos/desmayos | ☐ Infecciones en el oído | ☐ Problemas emocionales | ☐ Resfríos/tos frecuentes |
| ☐ Dolores de garganta frecuentes | ☐ Dolores de cabeza/migrañas | ☐ Problemas auditivos | ☐ Enfermedades/problemas cardíacos |
| ☐ Soplo cardíaco | ☐ Presión arterial alta | ☐ VIH | ☐ Enfermedades intestinales |
| ☐ Enfermedades renales | ☐ Envenenamiento por plomo | ☐ Enfermedades hepáticas | ☐ Problemas con la menstruación |
| ☐ Sobrepeso/bajo de peso | ☐ Rasgo/anemia drepanocítica | ☐ Sarpullidos | ☐ Dificultad para respirar |
| ☐ Dolor de panza | ☐ Problemas de la vista | ☐ Problemas tiroideos | ☐ Otros: _____ |

Hospitalizaciones: ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido hospitalizado(a)? ☐ Sí ☐ No

<u>Fecha</u>	<u>Nombre del hospital</u>	<u>Motivo</u>
_____	_____	_____

Problemas médicos familiares: ¿Algún pariente (vivo o fallecido) de su hijo(a) sufre o sufrió alguno de los siguientes problemas médicos?:

Problema	Parentesco con su hijo	Fallecido	
☐ Asma	_____	Y	N
☐ Diabetes	_____	Y	N
☐ Enfermedad cardíaca	_____	Y	N
☐ Epilepsia	_____	Y	N
☐ Tuberculosis	_____	Y	N
☐ VIH/SIDA	_____	Y	N
☐ Presión arterial alta	_____	Y	N
☐ Muerte súbita	_____	Y	N
☐ Ninguno			

*Por favor, cuéntenos sobre cualquier otra inquietud que tenga sobre su hijo(a): _____

Firma: _____

Fecha: _____

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER UTILIZADO CON FINES DE INVESTIGACIÓN, MERCADEO, RECAUDACIÓN DE FONDOS NI RELACIONES PÚBLICAS

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	SSN DEL PACIENTE
		NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS QUE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN Escriba el nombre del doctor primario aquí:		INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ: N/A Información solicitada 1. Vacunas. Resultados de exámenes de la vista, la audición y la tuberculosis; 2. Diagnósticos de ciertas enfermedades contagiosas; 3. Cuidado de enfermedades crónicas; 4. Formulario de examen físico para nuevos Fechas de tratamiento desde <u>la fecha en que se firmó</u> hasta <u>la graduación/fin de inscripción en la clínica</u>	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE SE ENVIARÁ LA INFORMACIÓN NYC Health + Hospitals Gotham Health Norman Thomas School Based Health Center		INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (Si usted marca algún casillero, significa que está autorizando la divulgación de ese tipo de información.) Importante: Es necesario que todas las casillas estén marcadas para poder procesar la solicitud. ☐ Abuso de alcohol o sustancias adictivas ☐ Información sobre salud mental Información del programa ☐ Información sobre pruebas genéticas ☐ Información relacionada con el VIH/SIDA	
MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN ☐ Asuntos legales ☐ Solicitud de la persona ☒ Otro (por favor especifique): <u>Coordinación de atención médica</u>		FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN (Marque sólo una opción) ☒ Evento: <u>fin de inscripción en la clínica</u> ☐ En esta Fecha: _____	

Yo, o mi representante, autorizo el uso o divulgación de mi información médica o de facturación, según se describe en este formulario.

Sé que mi información médica o de facturación puede volver a ser divulgada y, por consiguiente, quedar desprotegida de reglamentaciones federales que la preservan, si los destinatarios descritos en este formulario carecen de la obligación legal de mantener la información bajo reserva.

Sé que si mis registros médicos o de facturación contienen información relativa a **ABUSO DE ALCOHOL o SUSTANCIAS ADICTIVAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SALUD MENTAL o DATOS CONFIDENCIALES SOBRE VIH/SIDA**; esta información no será divulgada a las personas que he señalado, a menos que marque los casilleros correspondientes de este formulario.

Sé que si autorizo el uso o divulgación de información relativa al VIH/SIDA, los destinatarios tendrán prohibido utilizarla o volver a divulgarla sin mi autorización, a menos que estén autorizados a hacerlo conforme a leyes estatales o federales. También sé que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar información sobre mi persona relativa al VIH/SIDA sin autorización previa. Si soy sujeto de discriminación, fruto del uso o divulgación de información relativa al VIH/SIDA, puedo comunicarme telefónicamente con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al 212 480-2493 o bien con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al 212 306-7450. Estos organismos tienen la obligación de proteger mis derechos.

Sé que tengo derecho a no firmar esta autorización, y que tal decisión no afectará mi atención médica, pagos afines ni beneficios de salud. También sé que si me niego a firmarla, NYC Health + Hospitals no podrá dar curso a mi solicitud de divulgar información médica o de facturación sobre mi persona.

Sé que tengo derecho a solicitar la inspección o recepción de una copia de la información descrita en este formulario de autorización, para lo cual debo completar un Formulario de solicitud de acceso. También sé que tengo derecho a recibir una copia de este formulario una vez que lo haya firmado.

Sé que si he firmado este formulario de autorización para utilizar o divulgar mi información médica o de facturación, tengo derecho a revocar tal autorización en cualquier momento, salvo en aquellos casos en que la NYC Health + Hospitals ya haya procedido basándose en mi autorización, o que ésta haya sido obtenida como requisito para obtener una cobertura de seguro.

Para revocar esta autorización, por favor comuníquese con el departamento de Administración de información sobre la salud del establecimiento que procesa esta solicitud.

He leído este formulario y he recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he tenido. Mi firma al pie certifica que he leído y que acepto todo lo estipulado anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL	SI NO FIRMA EL PACIENTE, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE FIRMA ESTE FORMULARIO
FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD QUE TIENE EL REPRESENTANTE PERSONAL PARA OBRAR EN REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Si NYC Health + Hospitals ha solicitado esta autorización, el paciente o su representante personal deberán recibir una copia firmada de este formulario.
(If NYC Health + Hospitals has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

NYC HEALTH + HOSPITALS USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM employee processing request:
Date Completed:	Comments: