



Información sobre School Based Health Center

School Based Health Care (SBHC-por sus siglas en Ingles) es un Centro de Salud basado en las Escuelas

¿Qué es un Centro de Salud basado en las Escuelas?

School-Based Health Centers (SBHC) es un centro de salud comprensivo localizado dentro de la escuela que provee cuidado de salud preventiva e de inmediato, al igual consejería, educación sobre la salud, y a veces cuidado dental, para niños y adolescentes en las escuelas.

Warrior Wellness Center localizado dentro de Central High School ofrece servicios de salud médica, dental y mental para estudiantes y el personal acabo de colaboración con Marillac Health. Los servicios serán disponibles durante el año escola. Para más información o preguntas por favor llame a 970-200-1603.

Descripcion de Servicios Proveídos:

Horario y Cubrimiento: El SBHC está abierto Lunes a Viernes 7:30 a.m. a 4:30 pm durante al año escolar. Aunque se prefiere tener cita, los estudiantes pueden ser atendidos ambular menté, dependiendo del problema y disponibilidad del personal. Si es necesario, hay citas disponibles antes o después de la escuela. Si un estudiante no tiene proveedor primario él/ella tendrá acceso por teléfono a proveedores de salud durante la tarde, fines de semana y durante vacaciones al marcar el número del SBHC. Un mensaje pregrabado le dará dirección pare hablar con el proveedor asignado.

Porque elegir un SBHC?: SBHC's ofrecen cuidado conveniente que limita la cantidad de tiempo en que estudiantes estén fuera de clase y en que los padres/guardianes tienen que dejar el trabajo. En muchos casos, estudiantes pueden ser atendidos el mismo día o con una cita el día siguiente.

Empleados: Los empleados del SBHC están altamente calificados y tienen experiencia proporcionando cuidado de salud a jóvenes. Un Médico Asistente trabaja en colaboración con un médico y está calificado para diagnosticar, tratar enfermedades y recetar medicamentos. Los empleados del SBHC trabajaran con su doctor familiar,

pero no reemplazara a su doctor o enfermera escolar. También un Terapeuta Licenciado en Salud Mental e Higienista Dental Registrada provén cuidado de salud mental/psicológico y salud oral

Pagos & Costo: Ningún estudiante será negado acceso a servicios de salud dado a la inhabilidad de poder pagar. Como en cualquier centro de salud, puede haber costos dependiendo de qué servicio es provisto. Cuando es disponible, el seguro médico o Medicaid será cobrado. Pacientes/padres son responsables por co-pagos de su seguro médico y cualquier cantidad de su deducible todavía no cumplido. Estudiantes elegibles para programa de alimentación gratuito/reducido puede que califiquen para CHP o Medicaid. Familias con seguro medico privado también puede que califiquen para algunos programas de asistencia para el costo del cuidado. Información sobre varios programas y como aplicar es disponible por él personal. El SBHC depende de la habilidad de colectar pagos de su seguro medico para poder mantener horario presente del SBHC.

Confidencialidad: La confidencialidad entre el estudiante, padres y el centro de salud es asegurada. El personal animara a cada estudiante a envolver a sus padres/guardián en decisiones sobre su cuidado de salud. Como el propósito de cuidado de salud es de reducir comportamientos de alto riesgo de jóvenes, es importante que los estudiantes se sientan que pueden tener una relación confidencial con su proveedor de cuidado de salud. Por ley, alguna información requiere consentimiento firmado por el estudiante antes de divulgar información a cualquier persona, incluyendo padres / guardián. Esto también asegura desarrollar la confianza entre estudiantes y el centro de salud.

Consent Signature Checklist to Return:

- MarillacHealth School-Based Health Center General Parent/Guardian Enrollment and Consent for Treatment
- Parent/Guardian Questionnaire Child/Teen/Family History
- MarillacHealth School-Based Health Center Immunization Consent Form
- Notice of Privacy Practices
- Outpatient General

FORMA PARA REGISTRACION Y CONSENTIMIENTO

Warrior Wellness Center 550 Warrior Way, Grand Junction, CO 81504

T: 970-200-1603 F: 970-200-1617

INFORMACION DE ESTUDIANTE *

Nombre de Estudiante: _____ #SS de Estudiante: _____

Domicilio: _____

Correo Electrónico: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Celular: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: Mujer Hombre Hombre Transgénero Mujer Transgénero Otro

Prefiero no Divulgar

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana/Homosexual Bisexual Algo mas

No Se Prefiero no Divulgar

Raza: Anglo Afro-Americano Hispano o Nativo Indio Americano

Hawaiano Nativo

Isleño del Pacifico Otro: _____

Vivienda Publica No Si: _____ Estado de Vivienda:

No Desalojado Desalojado

INFORMACION DE PADRES / GUARDIAN

Padre: _____ Tel: _____

Correo Electrónico: _____

Madre: _____ Tel: _____

Correo Electrónico: _____

Guardián: _____ Tel: _____

Correo Electrónico: _____

Contacto Alternativo: _____ Tel: _____

Correo Electrónico: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS EN MarillacHealth-Warrior Wellness Center

Yo, el padre/guardián de ser estudiante, doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios en MarillacHealth-Warrior Wellness Center. Yo entiendo que esta forma para consentimiento es válida por un año o hasta que yo le de aviso por escrito al personal del Centro declarando otras instrucciones.

Toda información de cuidado de salud es confidencial. Al firmar este consentimiento le está dando al SBHC, enfermera escolar y al doctor regular de su hijo(a) (si es aplicable) permiso de comunicarse y proveer información medica acabo dela condición medica de su hijo(a) a como sea necesario con el entendimiento que esta información continuara siendo tratada en una manera confidencial. Ningún estudiante será negado acceso a servicios de salud dado a la inhabilidad de poder pagar. Como en cualquier centro de salud, puede haber costos dependiendo de qué servicio es provisto. Cuando es disponible, el seguro médico o Medicaid será cobrado. El centro de salud podría divulgar información sobre el tratamiento a partidos de tercera parte para propósitos de cobro.

La confidencialidad entre estudiante, padres y centro de salud es asegurada. Por ley, alguna información requiere consentimiento firmado por el estudiante antes de divulgar información a cualquier persona, incluyendo padres / guardián. El personal animara a cada estudiante a envolver a sus padres/guardián en decisiones sobre su cuidado de salud. Yo soy el guardián legal de ser estudiante nombrado previamente. Yo entiendo que al proveer un contacto alternativo, si no puedo ser localizado(a), información medica sobre el estudiante nombrado será divulgada entre el proveedor médico y el contacto alternativo.

Firma de Padre / Guardián Legal

Fecha

Información de Salud

1. Nombre de Doctor/ número de teléfono: _____
2. Ultima cita de examen dental de su hijo(a) _____ Nombre de Dentista: _____
¿Si necesitamos mandar una receta, a que farmacia quiere que llamemos? _____
3. Vacunas:
 - Doy permiso de obtener el expediente de vacunas de mi hijo(a)

Firma: _____ Fecha: _____

Información sobre seguro médico de estudiante – *Por favor marque todo que aplique y mande una copia de frente y de atrás de su(s) tarjeta(s) de seguro médico a recepción.*

Seguro Médico Primario:

Nombre de Padre / Guardián a cargo de Seguro Medico _____

Fecha de Nacimiento de persona a cargo de la tarjeta _____

#SS de la persona a cargo _____

Domicilio (si es diferente del estudiante) _____

Lugar de Empleo _____

Nombre de Compañía de Seguro Medico _____

Domicilio de Seguro Medico _____

Tel. de Seguro Médico / # Fax _____

Grupo y #ID _____

Seguro Médico Secundario:

Nombre de Padre/ Guardián a cargo de Seguro Medico _____

Fecha de Nacimiento de persona a cargo de la tarjeta _____

#SS de la persona a cargo _____

Nombre de Compañía de Seguro Medico _____

Domicilio de Seguro Medico _____

Tel. de Seguro Médico / # Fax _____

Grupo y # ID _____

- Medicaid: HealthFirst CO CHP+ CACP (por favor circule uno)**

ID Medicaid: _____ # ID Miembro _____

Doctor Primario/HMO: _____ # Tel. Doctor: _____

- CHP:** Nombre en Tarjeta: _____

_____ Fecha de Nacimiento de
persona a cargo de la tarjeta: _____

ID o # Clave en la tarjeta: _____ # Grupo: _____

- Sin seguro médico / Se solicita aplicación para escala de pago / CHP /
Medicaid**

Consentimiento para Tratamiento Médico del Menor MarillacHealth-Warrior Wellness Center en Central High School

El MarillacHealth-Warrior Wellness Center en Central High School provee servicios de salud médica y mental a estudiantes. Bajo la Ley de Colorado, menores de edad puede que tengan la habilidad de dar consentimiento para recibir ciertos servicios de cuidado de salud por sí mismos, con frecuencia llamado servicios de "consentimiento del Menor". Algunos ejemplos de servicios de "consentimiento del menor" incluyen consejería para salud mental, tratamiento para adicción, información sobre salud reproductiva, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente y contracepción. Proveemos o podemos referir a estos servicios. Si quiere más información sobre si califica para este cuidado y los servicios que proveemos, por favor pregunte nos. Si está interesado en dar consentimiento por sí mismo, por favor complete la información de bajo.

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Tel. Celular: _____ **Correo Electrónico:** _____

1. Tengo la habilidad de dar consentimiento de cuidado de salud por mí mismo porque:
_____ Estoy casado o he estado casado

_____ Tengo 15 años de edad o más, vivo por separado y aparte de mis padres y manejo mis propios asuntos de finanzas.

_____ Estoy solicitando servicios de "consentimiento de menores". Le diré al proveedor de cuidado de salud lo que estoy solicitando.
2. Yo entiendo que el consentimiento cubre solo los servicios identificados. Entiendo que puedo cambiar de opinión en el futuro y decidir que no quiero servicios de salud médicos o mentales en Warrior Wellness Center en Central High School. También entiendo que puedo pedir servicios de "consentimiento del menor" adicionales o de nuevo en cualquier momento.

3. Yo entiendo que al MarillacHealth-Warrior Wellness Center en Central High School se le requiere mantener mi información sobre mi salud protegida pero en algunos
4. casos, ellos puede que necesiten o sean requeridos por ley de divulgar la información. Entiendo que puedo pedir más información sobre la confidencialidad y de cuando se puede divulgar mi información.

Firma de Estudiante: _____

Nombre en letra de molde: _____ **Fecha:** _____

Firma de empleado de MarillacHealth: _____

NOTIFICACION SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO DE LA SALUD DE 1996

(HIPPA por sus siglas en Ingles)

ESTA NOTIFICACION DETALLA COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y COMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

POR FAVOR REPASE CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta, llame al Privacy Officer al 970-298-1782; o por correo al 2333 N. 6th Street, Grand Junction, CO 81501. Para aprender más sobre MarillacHealth, por favor visite nuestro sitio de internet www.marillachealth.org

Información sobre usted y sobre su salud es privada. Nos esfuérzanos de proteger sus expedientes médicos cuando está obteniendo cuidado de salud en las clínicas. Se usara su expediente durante su cuidado de salud, para cobros y para cumplir con la ley.

Esta Notificación de Privacidad aplica a todos los sitios de MarillacHealth que otorgan servicios. Esta Notificación le informa a usted sobre los modos en que MarillacHealth puede usar o divulgar información de su expediente medico privado. También explica sus derechos y responsabilidades.

Nota: La Ley de Portabilidad Y Responsabilidad de Seguro De La Salud (HIPPA) de 1996 requiere a todo médico y unidades de cuidado de salud de proveer a los pacientes con una notificación detallando como la información de un individuo puede ser usada y divulgada, y como el paciente puede obtener acceso a su información de salud personal.

¿Quién Sigue los Términos de esta Notificación?:

- Cualquier proveedor de cuidado de salud quien le otorgue cuidado en cualquier de nuestras locales

- Todo empleado, voluntario, y personal en el hospital y clínicas.
- Estudiantes durante su entrenamiento en programas sobre Cuidado de Salud.
- Cualquier agencia que hace trabajo para nosotros cual requiere que vean su información medica para poder hacer su trabajo.

Reconocimiento de Recibo:

Yo entiendo que, como es permitido y requerido por ley, empleados de MarillacHealth usaran y divulgaran, mi expediente medico sin mi consentimiento o autorización, para:

- **Tratamiento:** Proveedores de cuidado de salud usaran mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnosis, plan de tratamiento y cuidado para otorgar me cuidado de salud.
- **Pago:** MarillacHealth usara mi expediente medico para mandarme cobro, cobro a mi seguro medico u otros programas de asistencia si es que esto aplica a la clínica en donde recibo cuidado de salud.
- **Operaciones de Cuidado de Salud:** MarillacHealth usara mí expediente medico para operar las clínicas y asegurar que los pacientes reciban cuidado de salud de calidad.

Por favor note que hay una copia de HIPPA adherida a esta notificación, para el padre/guardián del estudiante que recibirá servicios de cuidado de salud medica o consejería de salud mental en MarillacHealth-Warrior Wellness Center. Debe firmar debajo, indicando que ha recibido una copia de nuestra póliza de HIPPA, antes de que el estudiante reciba servicios de cuidado de salud.

Yo certifico que una copia de La Ley De Portabilidad y Responsabilidad De Seguro De La Salud De 1996 fue otorgada con la notificación de MarillacHealth, al padre/guardián de _____ / Fecha de Nacimiento _____ en esta fecha.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Firma de empleado de MarillacHealth

Fecha

Fecha: _____

Solicitud para divulgar y guardar información confidencial

Distrito Escolar 51 del Valle del Condado del Mesa
 Edificio Hawthorne
 410 Hill Avenue
 Grand Junction, CO 81501

ID del estudiante

Nombre Legal del Estudiante

Este permiso tendrá la siguiente duración:

Inicia: _____, Termina: _____

Archivos que serán guardados o divulgados

| | | | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| Audio Métricos | <input type="radio"/> | Médico (Salud) | <input type="radio"/> | Terapia Ocupacional | <input type="radio"/> |
| Terapia Física | <input type="radio"/> | Psiquiátrico | <input type="radio"/> | Psicológico | <input type="radio"/> |
| Habla/Lenguaje | <input type="radio"/> | Otro (Especifique) | | | |

| Nombre y dirección de la primera parte | Nombre y dirección de la segunda parte |
|--|--|
| WARRIOR WELLNESS CLINIC | CENTRAL HIGH SCHOOL |
| MARLAC CLINIC | SSD WARRIOR WAY |
| SSD WARRIOR WAY | GRAND JUNCTION CO 81503 |
| GRAND JUNCTION CO 81503 | |

Toda la información divulgada o guardada será en cumplimiento con la ley para los Derechos y Privacidad educativos de la familia y la Ley de Colorado para Registros Abiertos. No se divulgará o guardará ninguna información adicional sin la aprobación previa de los padres, (tutor legal), excepto en los casos estipulados por la ley.

Enviar toda la información a la siguiente dirección:

| |
|---|
| Mesa County Valley School District #51 Nursing |
| 410 Hill Avenue |
| Grand Junction, Colorado 81501 |
| Atención: |

Consentimiento de los padres:

Para la comunicación verbal entre las 2 partes:

Para la comunicación escrita entre las 2 partes:

Yo comprendo que el consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento por escrito

Por la presente autorizo la transferencia de información según lo estipulado anteriormente: Sí No

 Firma del padre (Tutor legal)

 Fecha