

CENTRO ESCOLARES DE SALUD

Información para Recibir Servicios

Los Centros Escolares de Salud son un esfuerzo conjunto del Optimus Health Care, Southwest Community Health Center y el Estado de Connecticut, Junta de Educación. Actualmente hay diez Centros Escolares de Salud en las Escuelas Públicas de Bridgeport. Estos Centros de Salud están localizados en las escuelas elementales, Blackham, Columbus, Dunbar, Recinto John F. Kennedy, Luis Muñoz Marín, Read, Roosevelt y Cesar Batalla, así como en las tres escuelas secundarias Bassick, Central y Harding.

¿QUÉ ES UN CENTRO ESCOLAR DE SALUD? Es un Centro de Salud primario y comprensivo localizado en una escuela. El equipo médico incluye enfermeras graduadas, asistentes de médicos, pediatras, dentistas, higienistas y asistentes dentales, así como proveedores de servicios sociales, tales como el trabajador social, consejeros profesionales, síquiatras y trabajadores de la comunidad.

¿QUÉ HACEN LOS CENTROS ESCOLARES DE SALUD? Los Centros Escolares de Salud proveen variedades de servicios. Los servicios incluyen exámenes físicos, servicios de salud para estudiantes enfermos. Los centros co-participan con el proveedor médico del niño en todos los asuntos de salud, incluyendo el manejo del asma, diabetes, mantener las vacunas al día, consejería en grupo y de familia, orientación a padres, educación el salón de clase sobre asuntos de salud y bienestar; intervención durante una crisis, otros servicios de salud, tales como, prueba de embarazo y orientación sobre la prevención del embarazo, prueba y tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas; acceso a los condones; y recetas del control de la natalidad (contraceptivos); servicios de cuidado dental, incluyendo la limpieza, empastar y extracciones. Referidos a proveedores de la comunidad, si es requerido.

¿CÓMO PUEDE UN ESTUDIANTE UTILIZAR EL CENTRO ESCOLAR DE SALUD? Un estudiante debe tener un formulario de autorización firmado por los padres o guardian para recibir servicios del Centro Escolar de Salud. Si el estudiante es mayor de 18 años o es legalmente independiente puede firmar su propio formulario de autorización. Todos los años el Centro de Salud Escolar enviará un formulario de autorización para actualizar la información y así mantener los servicios de salud al día.

¿CÓMO SE PAGA POR ESTOS SERVICIOS? Optimus Health Care, Southwest Community Health Center y el Estado de Connecticut contribuyen fondos para la operación de los Centros de Salud. El poder facturar a las aseguradoras nos ayudará a cubrir los gastos de las operaciones de los Centros de Salud Escolares. **No se le va a facturar a usted ni a su hijo/a directamente por servicio alguno.** Estudiantes y familias que no tienen seguros médicos, no serán facturados.

Los Centros Escolares de Salud no facturarán a padres o estudiantes directamente por pagos conjuntos requeridos por el seguro, no solicitaremos pago de usted si el total no cubre el deducible establecido por su asegurador, tampoco le cobraremos directamente a usted si el reclamo que sometamos al asegurador por los servicios prestado es denegado por la compañía de seguros. Nuestra facturación no afectará las primas que usted paga.

ESTA INFORMACIÓN Y LOS CORRESPONDIENTES FORMULARIOS ESTÁN DISPONIBLES EN INGLÉS Y EN PORTUGUÊS EN LOS CENTROS DE SALUD ESCOLARES. SI NECESITA TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL, FAVOR DE LLAMAR Ó PRESENTARSE A UNO DE LOS CENTROS DE SALUD ESCOLARES.

CONFIDENCIALIDAD: Los Centros Escolares de Salud se adhieren a todas las leyes vigentes sobre la confidencialidad de servicios de salud en general y específicamente cuando se relaciona a servicios prestados a menores de edad. Los Centros Escolares de Salud podrán divulgar información sobre su hijo/a y/o de los servicios prestados con el propósito de facturar a las aseguradoras terciarias, incluyendo las aseguradoras privadas y a Medicaid por servicios, el manejo de asuntos de salud y tratamiento. Favor de repasar el Aviso sobre la Privacidad adjunto, el cual informa de manera general, como podemos usar y divulgar la información protegida de salud de su hijo/a.

La Junta de Educación mantiene una asociación para asegurar el acceso fácil a los servicios de salud a todos los estudiantes. Al administrar los Centros de Salud en los predios escolares los Centros Escolares de Salud acepta la responsabilidad extraordinaria de promover un ambiente seguro y saludable para todos los estudiantes. El personal de los centros escolares de salud cooperará y se comunicará con usted y el personal del ambiente escolar. El equipo del Centro Escolar de Salud seguirá el protocolo y las normas desarrolladas por el Departamento de Salud al igual que aquellos procedimientos detallados por La Junta de Educación en el Manual de Empleados y la Guía Estudiantil. Al completar y firmar el formulario adjunto, nos autoriza a divulgar la información como esta identificada en el aviso adjunto sobre la privacidad

¿CÓMO PUEDO TENER MAS INFORMACIÓN SOBRE LOS CENTROS ESCOLARES DE SALUD?

Siéntase libre de comunicarse con cualquiera de los Centros Escolares de Salud en la dirección y números de teléfono siguientes:

Blackham School
425 Thorne Street
Bridgeport, CT 06606
203.396.8532

Columbus School
275 George Street
Bridgeport, CT 06604
203.576.8462

John F. Kennedy Campus
700 Palisade Avenue
Bridgeport, CT 06610
203.576.7534

Dunbar School
790 Central Avenue
Bridgeport, CT 06607
203.332.4567

Luis Munoz-Marin School
479 Helen Street
Bridgeport, CT 06608
203.576-8310

Read School
130 Ezra Street
Bridgeport, CT 06606
203.275.4724

Roosevelt School
680 Park Avenue
Bridgeport, CT 06604
203.275-2173

Bassick High School
1181 Fairfield Avenue
Bridgeport, CT 06605
203.275.3100

Central High School
1 Lincoln Boulevard
Bridgeport, CT 06606
203.275.1701

Harding High School
1734 Central Avenue
Bridgeport, CT 06610
203.576.8213

Cesar Batalla School
606 Howard Avenue
Bridgeport, CT 06604
203.576.8517

James J. Curiale School
300 Laurel Avenue
Bridgeport, CT 06605
203-576-8437

Fairchild Wheeler High School
840 Old Town Road
Bridgeport, CT 06606

Barnum School
495 Waterview Avenue
Bridgeport, Ct 06608

Waltersville School
150 Hallet Street
Bridgeport, CT 06608

Si usted tiene preguntas generales sobre los Centros Escolares de Salud, puede llamar el Centro Escolares de Salud directamente. Le exhortamos a completar y firmar el formulario adjunto y el Historial Médico y esperamos que nuestro equipo le puede servir a usted y a su hijo/a.



CENTRO DE SALUD ESCOLAR AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS

Favor de completar toda la información en esta página y al dorso de esta solicitud en tinta; debe responder a todas las preguntas. Debe de firmar y fechar esta solicitud para que su hijo/a pueda recibir servicios del Centro de Salud Escolar. Su hijo/a no podrá recibir servicios si esta solicitud no esta debidamente completada. Si el estudiante tiene 18 años, o es mayor, o es legalmente independiente entonces puede firmar esta solicitud.

Nombre del alumno _____ Femenina Masculino
Apellido _____ Nombre _____ 2do Nombre _____
Dirección _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Teléfono _____ Fecha/Nacimiento: _____ Núm Seguro Social: _____
celular (del estudiante): _____ Dirección Electronico: _____

Escuela : _____ Grado: _____ Núm Salón Hogar #: _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián _____ **Teléfono del trabajo del Padre/Madre o Guardián** _____

Número de teléfono celular o "beeper" del Padre/Madre o Guardián: _____

Fecha/Nacimiento del Padre/Madre _____

Persona Contacto en caso de emergencia (Favor indicar el parentesco o relación de esta persona con el estudiante):

Nombre: _____ # Tel/Celular # _____ Parentesco _____

Nombre: _____ # Tel/Celular # _____ Parentesco _____

Étnicidad del estudiante:

- Hispano/Latino _____ Desconocido _____
- No Hispano/Latino _____ Negro a especificar _____
- Otro _____

Origen Étnico/Racial de Estudiante:

- Indio Americano o natural de Alaska _____ Negro o Afro Americano _____ Isleño del Pacífico _____ Desconocido _____
- Asiático _____ Natural de Hawaii _____ Blanco _____ Otro _____

Información de Cuidado Médico:

Médico o Clínica del niño/a: _____ Dentista/Clinica: _____

Dirección y Teléfono: : _____ Dirección y Teléfono: _____

Adónde recibe su hijo/a atención médica?

- Centro de Comunitario de Salud _____ Clínica de hospital _____ Centro de Salud Escolar _____
- Sala de Emergencia _____ Clínica militar _____ Clínica de cuidado inmediato _____
- Clínica del Departamento de Salud _____ Ningún lugar con regularidad _____ Desconozco _____
- Organización de Mantenimiento de Salud _____ Médico privado _____ Otro tipo de servicio médico: _____

CONTINUA AL DORSO.....

FOR OFFICE USE ONLY:

Consent Date: _____ SBHC Chart #: _____ Date Registered: _____
Date Chart Opened : _____

Student Grade Information:

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| Year | | | |
| Age | | | |
| Grade | | | |
| Homerroom | | | |

Address Updates: _____

Phone Updates: _____

CENTRO DE SALUD ESCOLAR INFORMACIÓN DE SEGURO DEL ESTUDIANTE

*****IMPORTANTE***** Favor de proveer la información sobre el seguro médico y dental de su hijo/a. El formulario será devuelto si la información no está completa.

Tipo de seguro (Marcar todas las que correspondan y completar la información sobre el seguro de su hijo/a)

Medicaid (Title 19) Aseguradora Privada/Commercial Dental No tengo seguro
Medicaid HUSKY A Medicaid HUSKY B

MEDICAID (TITLE 19); Medicaid HUSKY A; Medicaid HUSKY B información:

Número del Medicaid del niño/a _____ Nombre de la Aseguradora: _____
Médico del niño/a: _____ ¿Desde cuándo? (fecha): _____
Fecha de la próxima re-certificación de Medicaid: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO PRIMARIO:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el estudiante: _____
Dirección del asegurado: _____
Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____
Nombre y dirección de la compañía de seguro: _____
Núm de Póliza: _____ Núm del group: _____ Nombre del group: _____ Núm de Plan: _____
Fecha que entra en vigencia el plan: _____
Nombre y dirección del patrón o compañía del asegurado: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DENTAL:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el estudiante: _____
Dirección del asegurado: _____
Seguro Social del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____
Nombre y dirección de la compañía de seguro: _____
Nombre del group: _____ Núm de Plan: _____
¿Está cubierto el alumno por otro plan dental? SI NO
Si esta cubierto, nombre y dirección del plan: _____

Favor de proveer una copia de su(s) actual(es) de Medicaid, del plan de salud y cualquier formulario(s) de reclamo que su asegurador requiere.

Favor de proveer los nombres de los demás niño/a que residen en su hogar; si atiende clases favor de proveer el nombre de la escuela y su grado.

He recibido los materiales relacionados a los servicios del Centro de Salud Escolar incluyendo el aviso sobre la privacidad. De acuerdo con los estatutos del estado, (Conn. Gen. Stat. 19a-602) al firmar este formulario de permiso yo estoy de acuerdo en que mi hijo/a pueda discutir y recibir los servicios anteriormente mencionados, incluyendo servicios de salud reproductivo. Los servicios de salud reproductivo incluyen: exámenes ginecológicos (Papanicolau - (Pap smears) y exámenes de enfermedades sexualmente transmitidas): diagnósticos y tratamientos de enfermedades sexualmente transmitidas; disponibilidad de condones y distribución de control de natalidad sin notificación previa del personal de Centro de Salud Escolar. Yo doy permiso al Centro de Salud Escolar de ceder información en relación al tratamiento y/o servicios a mi proveedor de seguros y proveedor de seguro(s) de mi hijo/a con propósitos de facturación. Yo autorizo que los servicios a mi proveedor de seguros y proveedor de seguro(s) de mi hijo/a con propósitos de facturación. Yo autorizo que los pagos por servicios provistos se hagan directamente al Centros de Salud Escolar por los servicios prestados.

***Favor de anotar: Si usted no tiene seguro/plan médico al momento de llenar esta solicitud, pero luego se acoge a un seguro médico, entonces podemos facturar a esa compañía de seguro médico por los servicios prestados haciendo uso de su firma como autorización para pagar por los servicios prestados.**

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Parentesco / Relación al alumno

SCHOOL YEAR 2019-2020

SCHOOL YEAR 2020-2021

HISTORIAL MEDICO DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO: (favor de completar)

¿Ha tenido su niño/a algún problema médico? _____

1. Enfermedad crónica (asma, diabetes, déficit de atención, salud mental) _____
2. Incapacidades (educación especial o médicas, etc.) _____
3. ¿Ha estado su niño/a hospitalizado/ha sido operado, o ha sido herido?: _____
4. Enfermedades infantiles: (varicela, sarampión, papera, viruela, etc.) _____

¿Ha tenido su niño/a alguna vez las siguientes enfermedades o problemas?: (Favor indicar "Si" o "No" en cada pregunta. Si no puede responder a una pregunta favor incluya una declaración indicando la razón.)

SI NO

Problemas de Comer
HIV/AIDS (Sida)
Problemas de dormir
Problemas de peso
Problemas de visión
Problemas de audición
Problemas dentales
Problemas en la piel (Eczema, Soriasis)
Infecciones de los oídos
Asma
Pulmonía
Tuberculosis (Contacto / infección)
Problemas de corazón (soplo, fiebre reumática, enfermedad de corazón)
Alta Presión
Colesterol elevado
Problemas estomacales (Diarrea, Estreñimiento, dolor, Vómito)
Infecciones en vía urinaria
Problemas de menstruación
Plomo / Nivel más alto _____

SI NO

Embarazo
Alergias temporeras (hay fever)
Artritis
Dolores de cabeza
Ataques recurrentes (por ejemplo, epilépticos)
Coagulación de la Sangre
Dificultades con atención e Hiperactividad
Depresión
Enfermedad mental
Hernia
Diabetes
Problema de la tiroides
Cáncer
Varicela
Mononucleosis
Hepatitis
Meningitis
Enfermedades de la sangre (Anemia, drepanocitosis)
Otros: Explique: _____

¿Está su hijo/a tomando algún medicamento diariamente o con frecuencia? Si No Explique: _____

Los medicamentos pueden incluir algunos de los siguientes: (Favor indique los nombres)

SI NO

¿Aspirina, Ibuprofen or Tylenol? _____
¿Anticonceptivo/pastillas anti-conceptivas? _____
¿Antibióticos como Penicilina, etc.? _____
¿Medicamentos de salud mental, de conducta, or para dificultad de atención e hiperactividad? _____
¿Vitaminas (incluyendo suplementarios de hierro)? _____
¿Medicamentos para el asma? _____
¿Medicamentos para alergias? _____
¿Medicamentos de tuberculosis? _____
¿Medicamentos para la diabetes (i.e. insulina)? _____
¿Otros medicamentos? _____

Es su hijo/a alérgico o ha sufrido alguna reacción adversa a algunos de los siguientes?:

Si No ¿Betadina or yodo? Si No ¿Anestesia local (Novocaina, óxido nítrico)?
Si No ¿Penicilina or otros antibióticos? Si No ¿Látex o productos de goma?

HISTORIAL MEDICO DEL ESTUDIANTE (continuación)

¿Existen otras alergias o reacciones adversas? (esto incluye alergias a alimentos, a insectos o animals). Favor indicar:

Favor de enumerar cualquier preocupación que usted tenga sobre la salud física o mental de su hijo/a:

HISTORIAL DENTAL

Nombre del Dentista: _____ Cuando fue la última visita al dentista?: _____

¿Tiene preguntas o preocupaciones sobre la dentadura de su hijo/a? _____

¿Ha recibido su hijo/a alguna vez anestesia debido a un procedimiento dental (Novocaína, Anestesia local, etc.)? _____

¿Ha sufrido su hijo/a algún problema debido a la anestesia? _____

(Si usted tiene dentista privado la clínica de salud escolar le prestara a su hijo/a servicios dentales solo en caso de emergencia.)

Si no tiene su propio dentista, ¿quiere que su hijo/a sea visto por el dentista de la clínica de salud escolar? SI NO

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA:

Favor de indicar a continuación cualquier enfermedad que los familiares sanguíneos (padres, hermanos y hermanas, tios y tias, abuelos) de su hijo/a han sufrido:

| SI | NO | Enfermedad | Pariente | Explique |
|----|----|---------------------------------------------|----------|----------|
| | | Diabetes, problemas endocrinales (tiroides) | _____ | _____ |
| | | Cáncer | _____ | _____ |
| | | Problemas del Corazón, derrame cerebral | _____ | _____ |
| | | Alta Presión | _____ | _____ |
| | | Problemas de la sangre incluyendo Anemia | _____ | _____ |
| | | Coagulación de la Sangre | _____ | _____ |
| | | Problemas respiratorios incluyendo Asma | _____ | _____ |
| | | Enfermedad mental incluyendo depresión | _____ | _____ |
| | | Problemas de alcohol o de drogas | _____ | _____ |
| | | Infecciones (TB / HIV / AIDS) | _____ | _____ |
| | | Muerte antes de los 50 años de edad | _____ | _____ |
| | | OTROS: _____ | _____ | _____ |

He leído el material sobre los servicios de los Centros de Salud Escolar y he recibido el aviso sobre la privacidad y doy autorización para que mi hijo/a reciba los servicios de los Centros de Salud Escolar. Este historial médico es, hasta donde tengo conocimiento, preciso y correcto. Es de mi conocimiento que debo informar cualquier cambio en la salud mental o física de mi hijo/a.

Autorizo el intercambio de información relevante médico/mental entre el personal de los Centros de Salud Escolar, y el personal de Junta de Educación de Bridgeport, y con proveedores médicos externos cuando sea necesario y de manera continua de acuerdo con el aviso de privacidad, a menos que me oponga por escrito. El objetivo de este proceso es ayudar en mantener la salud y seguridad en las escuelas y coordinar el cuidado/tratamiento de mi hijo/a. Los récords de los Centros de Salud Escolar pueden trasladarse a otras clínicas escolares y a Southwest Community Health Center según sea necesario. Entiendo que esta autorización vence automáticamente dentro de dos años académicos después de la fecha que fue firmado a menos que retire dicha autorización por escrito.

Firma

Fecha