

## **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 LLÁMAR O 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**  
205 Broad Street  
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

**Geraldine W. Johnson School**  
475 Lexington Avenue  
Bridgeport, CT 06604  
203.275.2597

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 \_\_\_\_\_

<b>Étnicidad del estudiante:</b>
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Negro a especificar <input type="checkbox"/> Otro _____

<b>Origen Étnico/Racial de Estudiante:</b>
<input type="checkbox"/> Indio Americano o natural de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Afro Americano
<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii <input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Otro _____

#### Información de Cuidado Médico:

Médico o Clínica del niño/a: \_\_\_\_\_ Dentista/Clinica: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono: : \_\_\_\_\_ Dirección y Teléfono: \_\_\_\_\_

#### 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.**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño/a algún problema médico? \_\_\_\_\_

**¿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.)

- |                          |                          |  |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--|
| <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Comer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Embarazo   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV/AIDS (Sida)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias temporeras (hay fever)                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de dormir  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de peso  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Delores de cabeza                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de visión  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataques recurrentes (por ejemplo, epilépticos)     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de audición  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coagulación de la Sangre                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas dentales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultades con atención e Hiperactividad         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas en la piel (Eczema, Soriasis)                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones de los oídos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad mental                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hernia   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pulmonia   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis (Contacto / infección)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problema de la tiroides                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de corazón(soplo, fiebre reumatica, enfermedad de corazón) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta Presión   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Varicela   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol elevado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mononucleosis                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas estomacales (Diarrea, Estrenimiento, dolor, Vomito)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infecciones en via urinaria  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningitis   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de menstruación  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades de la sangre (Anemia, drepanocitosis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plomo / Nivel mas alto _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros: Explique: _____                             |

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

¿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 DE SALUD DE LA FAMILIA:**

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

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

He recibido los materiales relacionados a los servicios del Centro de Salud Escolar incluyendo el aviso sobre la privacidad. De aquello 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.

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 clinicas escolares y a Southwest Community Health Center según sea necesario. Entiendo que esta autorización vence automaticamente dentro de dos años academicos después de la fecha que fue firmado a menos que retire dicha autorización por escrito.

Firma del Padre / Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco / Relación al alumno \_\_\_\_\_