



INTERIM DIRECTOR
DAVID KNAUF, MPH, MS, REHS
TEL: (203) 977-4399
FAX: (203) 977-5506
Email: DKnauf@Stamfordct.gov

MEDICAL ADVISOR
HENRY H. YOON, MD, DABFM, FAAFP
TEL: (203) 977-4399
FAX: (203) 977-5506
Email: HYoon@Stamfordct.gov

CITY OF STAMFORD
DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL SERVICES
STAMFORD GOVERNMENT CENTER
888 WASHINGTON BOULEVARD
P.O. BOX 10152
STAMFORD, CT 06904-2152

Estimado Padre / Guardián,

Los centros de salud en la escuela son un esfuerzo conjunto de los Family Centers, Inc., el Departamento de salud de Stamford y las escuelas públicas de Stamford. Hay actualmente cinco escuelas centros de salud sirviendo siete escuelas en Stamford. Una clínica dental en el Colegio Westhill sirve a niños de todas escuelas públicas de Stamford. Las clínicas se encuentran en las siguientes ubicaciones:

Stamford High School
Dolan Middle School/Toquam Elementary School
Cloonan Middle School

Rippowam Middle School/AITE High School
Westhill High School

Socios la familia centros Inc., escuela de salud centro de servicios:

- Servicios de salud mental/conductual
- Consejería individual y grupal
- Exámenes físicos de rutina
- Exámenes físicos para deportes
- Inmunizaciones y detección de TB
- Educación para la salud, consejería y promoción de bienestar
- Servicios de salud reproductiva adecuados (abstinencia de planificación familiar consejería, educación, exámenes, embarazo y pruebas de enfermedades de transmisión sexual) de la edad
- Evaluación de problemas de la piel
- Jóvenes padres programa (YPP) *
- Tratamiento para lesiones y enfermedades menores
- Referencias a y seguimiento con médicos especialistas Nutritional Guidance
- Abusan de drogas, Alcohol y tabaco Consejería
- Manejo de condiciones crónicas (alergias, asma etc..)
- Tratamiento dental (incluyendo rellenos, extracciones, endodoncia, anestesia)
- Cuidado Dental preventivo (incluye radiografías)
- Den para el duelo los niños **
- Llegar a la independencia a través del empleo (RITE) **

**Adicional "requerida" de permiso

El estado de Connecticut, United Way y las escuelas públicas de Stamford proporcionar fondos para el funcionamiento de estos centros de salud. A partir de August 1996, los centros de salud fueron requeridos para facturar a las compañías de seguros de terceros por los servicios prestados en los centros de salud en la escuela. Facturación de terceros seguros ayudará a cubrir los costos crecientes de los centros de salud operación basada en la escuela. Usted o su hijo no se cobrará directamente por los servicios. Los estudiantes y las familias sin ninguna cobertura de seguro no se cargará y servicios serán cubiertos por las subvenciones existentes. Los centros de salud en la escuela no facturará los padres o estudiantes de cualquier copagos requeridos por el seguro, no buscará pago de usted si no han cumplido con deducibles de su compañía de seguros y no buscará el pago directo de usted si se niega la solicitud de una compañía de seguros por servicios prestados por la compañía de seguros. Facturación no debe tener ningún impacto en las primas que usted paga. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a los centros de salud en la escuela por favor llame a Dennis Torres, Family Centers, Inc., Director de salud programas (203) 977-4848. Te animamos a completar y firmar el formulario de permiso adjunto y devolverlo a la escuela de su hijo.

David Knauf, MPH, MS, REHS
Interim Director of Health

James A. Connelly
Interim Superintendent of Schools



Estimado padre o tutor:

¡Le invito a inscribir a su hijo en nuestro Centro de Salud Escolar!

Como padres, muchas veces estamos corriendo de un lugar a otro, tratando de cumplir nuestros múltiples papeles en la casa y en el trabajo. Puede ser difícil encontrar el equilibrio adecuado entre las actividades diarias y atendiendo a las necesidades médicas o servicios sociales de nuestros hijos.


Esto es donde puede ayudar a su hijo el Centro de Salud Escolar. Nuestra misión es mantener a su niño saludable, feliz y asistiendo a sus clases. Nuestro Centro de Salud se encuentra en la escuela de su hijo. Operamos como un pequeño consultorio médico. La enfermera de práctica clínica avanzada trabaja en colaboración con la enfermera de la escuela y está disponible durante el día escolar para ayudar a los estudiantes con visitas médicas, exámenes físicos, vacunas y mucho más. También contamos con una trabajadora social en cada clínica que está feliz de reunirse con los estudiantes y sus familias que se encuentran enfrentando dificultades. Si es necesario, también contamos con un psiquiatra que visita a nuestras clínicas cada mes.

Mientras que facturamos seguro de salud (cuando corresponda) y solicitamos esa información en nuestro formulario de inscripción, *usted no paga nada* para cualquiera de nuestros servicios para su hijo. No importa que tenga cobertura médica, ningún estudiante será rechazado de recibir nuestra atención profesional. Además, su hijo puede acceder los servicios del Centro de Salud Escolar, incluso si tienen un proveedor médico o dental en la comunidad. Nosotros coordinaremos su cuidado con ellos como mejor le parezca a usted.

Por lo tanto, le animo a tomar unos minutos para rellenar el formulario de inscripción adjunto (¡no olvide firmar!). Esta inscripción sólo se tiene que rellenar una vez y permitirá a su hijo a acceder a los servicios de centro de salud durante el resto de su tiempo como estudiante en las escuelas públicas de Stamford. Le animo a inscribir a su hijo ahora para estar listo si necesita nuestros servicios en cualquier momento.

¡Por favor llámeme directamente si usted tiene preguntas y estaré encantado de compartir con usted todas las cosas buenas que están pasando en nuestros Centros de Salud Escolares todos los días! Mi número directo es el 203-977-5108.

Sinceramente;



Dennis Torres, JD, LCSW
Director de Programas de Salud

Su Informacion. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Esta notificación describe como la información medica acerca de usted puede ser usada y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Una copia completa of nuestras Prácticas de Privacidad están disponibles en todas las localidades de Family Centers, centros de salud y también pueden ser encontradas en nuestro sitio web, www.familycenters.org.

SUMARIO

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- A obtener una copia de sus registros médicos de papel o electrónicos.
- Corregir sus registros médicos de papel o electrónicos.
- Solicitar comunicacion confidencial
- Pedirnos limitar la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellas entidades con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia del formulario de las Normas de Confidencialidad.
- Elegir a alguien que lo represente
- Presentar una queja si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Sus Opciones

Usted tiene opciones en la forma que nosotros usamos y compartimos la información cuando:

- Le decimos a su familia y sus amigos acerca de su condición
- Proveemos ayuda en caso de desastres
- Lo incluimos en el directorio del hospital
- Proveemos tratamiento para salud mental
- Comercializar nuestros servicios y vender su información
- Reunir fondos

Nuestros Usos y Divulgaciones

Nosotros podemos usar y compartir su información cuando:

- Le damos tratamiento
- Manejamos nuestra organizacion
- Facturamos por nuestros servicios
- Ayudamos con temas de salud y seguridad pública
- Hacemos investigacion
- Cumplimos con la ley
- Trabajamos con el médico forense o el director de la funeraria
- Respondemos a la compensación del trabajador, a la justicia y otros requerimientos del gobierno
- Respondemos a las juicios, querellas y otras acciones legales

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - CENTRO DE SALUD DEL COLEGIO

Complete toda la información solicitada. Por favor, utilice la tinta y escriba con la letra clara. Usted debe firmar la última página de este formulario para que su niño pueda recibir servicios médicos, servicios de salud mental y servicios de los centros de salud en la escuela. Si un estudiante tiene más de 18 años de edad, él o ella puede firmar su propio formulario de autorización.

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: Mujer ___ Hombre ___ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código de Postal: _____

¿Quién Vive con el Estudiante? Madre ___ Padre ___ Hermanos (#) ___ Otro (explicar) _____ Número Total de Personas _____

¿Mujer Cabeza de Familia? Si ___ No ___ Ingreso Anual del Hogar _____

Raza del Estudiante:
(Por favor, escoge por lo menos una de las siguientes opciones)
Indio Americano/Nativo de Alaska ___
Asiático ___ Negro/Descendiente de Africano ___
Nativo de Hawái ___ Blanco ___
Islas del Pacífico ___ Dos o Mas _____

Procedimiento Étnico del Estudiante:
(Por favor, escoge una de las dos opciones)
Hispano o Latino ___
No Hispano/Latino ___

Teléfono (casa): _____ E-Mail del Estudiante: _____ # Celular del Estudiante: _____
(Indique su forma preferida de comunicación)

Escuela: _____ Grado: _____ Lugar de Nacimiento del Estudiante _____

¿Quién mandó el estudiante al Centro de Salud?

Amigo ___ Padre o Guardián ___ Mismo ___ Consejero del Colegio ___ Examen Físico de Trabajo ___ Administrador del Colegio ___
Profesor ___ Enfermera del Colegio ___ Doctor ___ Trabajador Social ___ Examen Físico para Deporte ___ Recursos en la
Comunidad ___

¿Toma su hijo el almuerzo gratis o a precio reducido? Si ___ No ___

Contactos:

Nombre de Madre/Padre/ Guardián: _____ Teléfono: _____ E-mail _____

Contactos de Emergencia: (Si es que es diferente al de arriba)

Nombre del Contacto: _____ Relación: _____ # Teléfono _____ # Celular _____

Información de Seguro Médico. Por Favor, Llene Toda La Información.

Nosotros facturaremos a la compañía de seguro, pero usted no es responsable de ningún co-pago o costo que la compañía no cubra.

¿Tiene Seguro de Salud? Si ___ No ___ Si tiene, por favor provea la siguiente información.

Medicaid (Husky) _____ Numero de Seguro Social _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRINCIPAL:

Nombre de la Persona que Posee la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación con el Estudiante: _____

Dirección de la Persona que Posee la Póliza: _____

Nombre del Empleador y Dirección: _____

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro: _____

De Póliza: _____ # de Grupo: _____ Fecha de Inicio de la Cobertura: _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Nuestra Clínica Dental esta Localizada en Westhill High School

Esta Abierta a Todos los Estudiantes de las Escuelas Públicas de Stamford

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL:

Information about dental insurance, must be filled out completely: **SEGURO SE LE COBRARÁ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. USTED NO ES RESPONSABLE DE CUALQUIER COSTO O COPAGO NO CUBIERTO POR SU SEGURO.**

Medicaid (Husky) # _____ Numero de Seguro Social (for Husky only) _____

Private/Commercial Insurance _____ (Por favor llene la siguiente información) Sin cobertura de seguro Dental _____

PRIMARY INSURANCE INFORMATION:

Nombre de la Persona que Posee la Póliza: _____

Relación con el Estudiante: _____

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Empleador y Dirección: _____

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro: _____

De Póliza: _____ # de Grupo: _____ Nombre de Grupo: _____

Fecha de Inicio de la Cobertura: _____

Por favor incluya una copia de su tarjeta de seguro (frente y reverso) con este formulario. Nosotros podemos hacer una copia.

Si usted contesta "s?" a algunas de estas preguntas, por favor escriba una explicación:

¿Esta su hijo (a) tomando algún medicamento? (marque una) No Sí _____

¿Es su hijo (a) alérgico a algún tipo de comida? (marque una) No Sí _____

¿Es su hijo (a) alérgico a algún medicamento? (marque una) No Sí _____

¿Es su hijo (a) alérgico a algún factor ambiental? (marque una) No Sí _____

¿Es su hijo (a) alérgico al látex (marque una) No Sí _____

¿Tiene su hijo alguna otra alergia? (marque una) No Si _____

¿Ha estado su hijo (a) hospitalizado/ ha tenido alguna cirugía/ ha estado lesionado? _____

¿Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes problemas?:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel | <input type="checkbox"/> Problemas de Peso |
| <input type="checkbox"/> Asma/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Problemas en el Hígado | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón (Soplo, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Problemas Menstruales |
| <input type="checkbox"/> Daños Serios/Huesos Rotos | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído | <input type="checkbox"/> Problemas Visuales |
| <input type="checkbox"/> Deficiencia en el Sistema Inmunológico | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Déficit Atencional | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Reuma al corazón |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Trasplantes de Órganos |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza/Desmayos | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Problemas para Comer | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> Problemas al Dormir | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | |
| | <input type="checkbox"/> Problemas de Estomago/Intestino | |

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - CENTRO DE SALUD DEL COLEGIO

Por favor mencione si usted tiene algún tipo de preocupación acerca de la salud de su hijo (a):

Historial Médico Familiar:

Por favor marque abajo si algunos de los familiares de su hijo/a (padres, hermanos/hermanas, tías/ tíos, abuelos) tienen o han tenido alguna de las siguientes enfermedades y mencione la relación familiar que tiene:

ENFERMEDAD	FAMILAR	ENERMEDAD	FAMILAR
<input type="checkbox"/> Diabetes, Desorden Endocrino	_____	<input type="checkbox"/> Problema Mental, Emociona	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer	_____	<input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas	_____
<input type="checkbox"/> Problemas del Corazón/ Vasculares	_____	<input type="checkbox"/> Infecciones(TB/VIH/SIDA)	_____
<input type="checkbox"/> Presión Alta	_____	<input type="checkbox"/> Muerte antes de los 50 años	_____
<input type="checkbox"/> Desorden en la Sangre incluyendo Anemia	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Riñón	_____
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios incluyendo Asma	_____	<input type="checkbox"/> Eczema	_____

¿Dónde obtiene su hijo/a servicios médicos? (Marque todas las que utilice)

<input type="checkbox"/> Centro de Salud Comunitario	<input type="checkbox"/> Clínica Militar	<input type="checkbox"/> Clínica de Cuidado Urgente
<input type="checkbox"/> Sala de Emergencia	<input type="checkbox"/> Centro de Salud de la Escuela	<input type="checkbox"/> Lugar Desconocido
<input type="checkbox"/> Clínica del Departamento de Salud	<input type="checkbox"/> Doctor Privado	<input type="checkbox"/> Clínica Ambulatoria
<input type="checkbox"/> Clínica del Hospital	<input type="checkbox"/> Sin Lugar Regular	<input type="checkbox"/> Otro Tipo _____

¿Quién es el doctor de su hijo/a? _____ Teléfono _____ No tiene doctor _____

¿Quién es el dentista de su hijo/a? _____ Teléfono _____

Nombre de algún especialista tratando a su niño _____ Teléfono _____

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Mi firma abajo indica que he leído lo anterior con respecto a los servicios del Centro de Salud Escolar (SBHC) y he recibido la Norma de Confidencialidad (adjunto). Yo autorizo al estudiante arriba nombrado a obtener los servicios ofrecidos en el Centro de Salud mientras él/ella está en el colegio. Yo autorizo al intercambio de información salud y seguridad pertinente entre el Centro de Salud y el personal apropiado del colegio que está envuelto en el cuidado general de este estudiante dentro de los límites y requerimientos del Acta de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA), Ley Publica 104-191, la Notificación de Privacidad adjunta y el Acta de Privacidad de la Educación Familiar (FERPA) (20 U.S.C. & 1232g; 34 CFR Part 99). El objetivo de este proceso será asistir en mantener la salud y la seguridad en los colegios y coordinar la atención de mi hijo/a. Además, yo autorizo al Centro de Salud Escolar a entregar información con respecto a tratamientos y/o servicios (medico, dental y/o servicios de salud mental) a la compañía de seguro aquí nombrada con propósitos de facturación. Yo autorizo que los pagos se hagan directamente a Family Centers Inc. por los servicios recibidos.

Padre/Guardián/Estudiante (mayor de 18 años solamente)

Fecha

Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame a Dennis Torres, Director de Healthcare Programs al teléfono (203) 977-4848.