Dr. James Gray
Superintendent

Ajit "AJ" Pethe
Chief Student Support Officer

Centros de Salud Basados en la Escuela de Jefferson Parish

Chateau Estates School
4121 Medoc Drive
Kenner, LA 70065
Phone: 504-667-4007

Douglass Community School
1400 Huey P. Long Ave.
Gretna, LA 70053
Phone: 504-301-9023

East Jefferson High School
400 Phlox Street
Metairie, La 70001
Phone: 504-667-4010

Grace King High School
4301 Grace King Place
Metairie, La 70002
Phone: 504-496-0541

Strehle Community School
178 Millie Drive
Avondale, La 70094
Phone: 504-667-4008

Para familias de estudiantes en las siguientes escuelas:
Chateau Estates School, Douglass Community School, East Jefferson High School, Grace King High School, & Strehle Community School

Estimado Padres/ Tutor:

Nos complace anunciar que nuestros centros de salud basados en la escuela ahora ofrecerán servicios de salud del comportamiento en cinco ubicaciones nuevas. El personal de salud mental con licencia estará disponible en la escuela para tratar a su hijo por cualquier problema de salud mental que pueda surgir en la escuela. Cada escuela tiene un trabajador social disponible durante el horario escolar regular; el trabajador social está disponible para proporcionar evaluaciones, educación y asesoramiento según sea necesario. También tendremos servicios de psiquiatría disponibles con cita previa

Actualmente, no ofrecemos servicios médicos en las siguientes escuelas Chateau Estates, Douglas Community School, East Jefferson High, Grace King High o Strehle Community School. Los estudiantes registrados en estas escuelas podrán acceder a los servicios en uno de los lugares de nuestro socio Access Health Louisiana, si es necesario.

El propósito del Centro de Salud es mantener a los estudiantes en la escuela y permitir que los padres permanezcan en el trabajo. Los centros de salud se encuentran en numerosas escuelas de todo el estado y han brindado servicios exitosos a estudiantes durante más de 20 años.

Complete el formulario de consentimiento adjunto cuidadosamente si desea aprovechar de la clínica. Un padre o tutor debe ser quien imprima y firme su nombre en el formulario de consentimiento. No se puede ver a su hijo en el Centro de salud sin un formulario de consentimiento completo. Si el formulario de consentimiento está incompleto, será devuelto para completar. El formulario de consentimiento será efectivo durante todo el tiempo que su hijo esté matriculado en las escuelas de Jefferson Parish en una escuela atendida por los Centros de Salud de Jefferson Parish. Le enviaremos un formulario de una página cada año para actualizar información importante.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al Centro de salud
Edna Metcalf, LCSW-BACS
Edna Metcalf, LCSW-BACS
Directora Ejecutiva de Salud y Servicios Sociales

JEFFERSON PARISH SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS
LOUISIANA ENROLLMENT/CONSENT FORM

2020-2021

Nombre del Estudiante : Apellido Primer Nombre Segundo Nombre					ID# (Office use only.)
Dirección:				Cuidad	Código Postal
Fecha de Nacimiento: Mes: Día: Año:	Edad:	Sexo ❑ M ❑ F	Etnicidad: ❑ Hispano o Latino ❑ No es Hispano o Latino		
Raza: ❑Indio Americano o Nativo de Alaska ❑Asiático ❑Negro o Africano Americano ❑Blanco ❑Hawaiano o de otras islas del Pacifico ❑Mas de una raza					
Número de seguro social (Opcional):	Escuela:			Grado del Estudiante:	
Idioma preferido:	Correo Electrónico del Padre o Encargado:		Telefono del Estudiante: ( )		
Nombre de la Madre /Encargada Legal:	Telefono de casa: ( )	Telefono del trabajo: ( )	Telefono de celular: ( )	Empleo:	
Nombre del Padre/ Encargado Legal:	Telefono de casa: ( )	Telefono del trabajo: ( )	Telefono de Celular: ( )	Empleo:	
Contactar en caso de emergencia:		Relación al estudiante:		Telefono: ( )	
Contactar en caso de emergencia:		Relación al estudiante:		Telefono: ( )	
Nombre del Médico del Estudiante: El Estudiante no tiene un médico de cabecera ❑				Telefono ( )	
Nombre del Dentista del Estudiante: El Estudiante no tiene Dentista ❑				Telefono: ( )	
Farmacia preferida: (Nombre y local)	Nombre de hermanos matriculados en la clínica:				

Favor marcar el tipo de seguro de salud que tiene su hijo:

Favor de mandar una copia de la tarjeta del seguro médico (La parte de enfrente y atrás).

❑ Medicaid/Healthy Louisiana #: _____ (Marque uno)
❑ Aetna Better Health ❑ Healthy Blue ❑ AmeriHealth Caritas LA
❑ LA Healthcare Connections ❑ United HealthCare of LA
❑ Medicaid (dental)#: _____ ❑ No tengo seguro médico
❑ Nombre del seguro privado: _____
: _____
Telefono#: _____ Poliza #: _____ Grupo#: _____
Fecha efectiva: _____
Nombre del asegurado: _____ Relación al estudiante: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Numero social del asegurado#: _____
¿Su seguro cubre medicamentos? ❒ No ❒ Si

¿Tiene su hijo alguna alergia a comida, medicamentos, o insectos? Favor liste:

Si su hijo no tiene seguro médico, le gustaría información al respecto?
❑ Si ❑ No

Liste los medicamentos y dosis (cuanto) y con qué frecuencia:

Declaración de LaHIE: Entendemos que el SBHC (por sus siglas en inglés) podrá participar en uno o más intercambios de información de salud (HIE), por el cual, el centro puede compartir mi información médica con otros proveedores de atención médica para tratamiento, pago o atención médica con el propósito de operaciones. Por este medio nosotros damos consentimiento a que se divulguen los registros de la SBHC y de HIE.

Entendemos que el SBHC es financiado a través de la Oficina del Programa de Salud Escolar Adolescente de Salud Pública (OPH) y, como parte de dicho programa el SBHC es necesaria que proporcione información a OPH. Por lo tanto, consentimos a la divulgación de información SBHC, OPH, o su agente, en relación con la operación, financiación y seguimiento continuo de la escuela basado en centros de salud. Reconocemos que la información necesitada por OPH puede ser compilada a través de HIE y consentimiento para la divulgación de información a una HIE para tales fines.

Confidencialidad: El Centro de Salud en Programas de la Escuela (SBHCs) se adhiere a todos los reglamentos acerca de confidencialidad de servicios de salud general o especializada en relación al tratamiento de menores. Todos los archivos médicos y de salud mental son confidenciales y se mantendrán de acuerdo a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPPA). Yo doy consentimiento al intercambio de información de salud que sea relevante at Centro de Salud en Programas de la Escuela y el proveedor médico personal del estudiante sobre una remisión médica para el cuidado médico. Me han otorgado una copia del aviso de las prácticas de privacidad de la organización que describe como mi información de salud es usada y compartida. Tengo entendido que el Centro de Salud en Programas de la Escuela de la Parroquia de Jefferson tiene el derecho a hacer cambios a este aviso en cualquier momento. Yo puedo contactar el Centro de Salud en Programas de la Escuela para obtener una copia actualizada al número 504-349-8996. Mi firma aquí abajo constituye mi reconocimiento del cual se me ha proveído una copia del aviso de las prácticas de privacidad.

La ley de Louisiana R. S. 40:31.3 declara que los Centros de Salud escolares tienen prohibido el:
1. Aconsejar o abogar el aborto o remitir a cualquier estudiante a una organización que aconseje o aboguen por el aborto.
2. La distribución de anticonceptivos, aparatos médicos abortivos, o productos similares.

Para reportar violaciones de las prohibiciones en contra de la consejería, abogacía, remisión, o la distribución de anticonceptivos, medicamentos abortivos, aparatos, u otros productos similares, contactar el Programa de Salud Escolar para Adolecentes de la oficina de Salud Pública al teléfono 504-568-3504.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, USTED ESTA DE ACUERDO A PERMITIR QUE EL CENTRO DE SALUD PROVEA LOS SIGUIENTES SERVICIOS A SU HIJO:

*Atención medica primaria y preventiva *Historial completo y examinaciones físicas * Vacunas * Pruebas de laboratorio y de diagnóstico *Cuidado agudo para enfermedades menores y lesiones, incluyendo medicamento si fuera necesario *Manejo de enfermedades crónicas *Servicios de salud mental *Programas educacionales preventivos acerca de salud mental *Administración del caso *Remisión y seguimiento para casos de emergencia *Remisión para casos que requieren especialización medica *Servicios dentales (donde estén disponibles)

Yo, como padre o encargado legal, entiendo que no me cobraran por ningún servicio proveído por este centro de salud. También entiendo que el Centro de Salud en Programas de la Escuela o el proveedor médico pueden facturar a Medicaid u otros seguros de salud que se halla proveído para estos servicios. Yo autorizo y asigno los pagos por beneficios que hayan sido autorizados directamente al Centro de Salud en Programas de la Escuela de la Parroquia de Jefferson.

Al firmar aquí abajo, nosotros (el estudiante y padre/encargado legal) reconocemos que nosotros hemos leído y entendemos los servicios que se proveen en el Centro de Salud en programas de la escuela. .

Este consentimiento es efectivo mientras el estudiante esté inscrito en el Centro de Salud en programas de la escuela de la parroquia de Jefferson a menos que el Centro de Salud sea notificado por escrito, que yo ya no quiero que mi hijo reciba los servicios. Yo entiendo que me pueden pedir el llenar una página todos los años para actualizar información importante.

También reconozco que el Centro de Salud en programas de la escuela es operado por el sistema educativo de la Parroquia de Jefferson, sus empleados, y contratistas, Access Health Louisiana.

Yo reconozco que he recibido una copia del aviso de parte del Centro de Salud en Programas de la Escuela de las prácticas de Privacidad de HIPAA.

"Yo como un padre/ encargado legal entiendo que el Centro de Salud en Programas de la escuela, por sus siglas en inglés, SBHC, divulgará la información de salud de mi hijo al intercambio de información de salud del intercambio del Greater New Orleans, (GNOHIE), el intercambio de información de salud de Louisiana, (LaHIE). El propósito de tal divulgación es para que GNOHIE y, o LaHIE puedan asistir a el SBHC con los requisitos de los reportes estatales."

_____ _____

Imprima el nombre del padre/encargado legal Relación al estudiante

_____ _____

Firma del padre/ encargado legal Fecha: Mes: Día: Año

_____ _____

Firma del estudiante (opcional) Feche: Mes: Día: Año

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier momento con un permiso por escrito del padre/ encargado legal a esta entidad referida anteriormente. Una copia de este documento puede ser otorgada a petición del padre/ encargado legal.

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento del estudiante:_____

HISTORIAL MEDICO

HISTORIAL DEL PACIENTE

Favor de marcar cualquier artículo que aplique al historial médico de su hijo

Marque Si	
	DHDA/ADHC
	Alergias
	Anemia
	Asma
	Defectos de nacimiento
	Transtorsnos de sangramiento
	Problemas de huesos o cojunturas
	Varicela o (fecha de la vacuna)

Marque Si	
	Depresión
	Diabetes o pre-diabetes
	Infecciones del oido
	Soplo del corazón
	Presion arterial elevada
	Problemas renales
	Lesiones mayores
	Otro problema de salud mental

Marque Si	
	Problemas del habla
	Uso de sustancias
	Problemas estomacales
	Fuma
	Ataques epilepticos
	Educacion especial
	Problemas de tiroides
	Amigdalitis/ Estreptococo

Historial Familiar

Favor marque cualquier artículo que aplique al historial médico de su familia.

Marque Si		¿Que familiar?
	Alcoholismo/ Drogas	
	Alergias	
	Asma	
	Transtornos de sangramiento	
	Cancer	
	Depresion/Suicida	
	Diabetes or Pre-Diabetes	

Marque Si		¿Que familiar?
	Trastorno genético	
	Ataque de corazón antes de la edad de 55 años	
	Ataque del corazón	
	Presion arterial elevada	
	Problemas de salud mental	
	Convulsiones	
	Tuberculosis	

CIRUGIAS Y HOSPITALIZACIONES	Marque Si	Año/ Hospital	Razón/ Tipo de Cirugia
¿Alguna vez han hospitalizado a su hijo por razones de salud o problemas mentales?			
¿Ha tenido su hijo alguna cirugía?			

SALUD DEL COMPORTAMIENTO	Marque Si	
¿Su hijo toma algún medicamento para DHDA, depresión, u otro problema de salud mental?		
¿Tiene algún problema de comportamiento o preocupaciones?		
¿Tiene alguna necesidad especial por el momento?		

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento del estudiante _____

MEDICAMENTOS SIN RECETA DEL CENTRO DE SALUD EN PROGRAMAS DE LA ESCUELA DE LA PARROQUIA DE JEFFERSON

Los siguientes medicamentos sin receta* han sido aprobados por el médico del centro de salud para que se puedan administrar a su hijo por la enfermera titulada si fuese necesario:

Acetaminophen (Tylenol)
Inalantes de amonia
Contra la nausea (Emetrol)
Contra acido (Pepcid o Zantac)
Bacitracin
Bactine Spray
Benadryl (Dipenhydramine)
Benzoin Topical
Betadine Solution
Caladryl Claro
Calamine Lotion
Chloraseptic Spray
Colace
Cough Drops
Debrox (Gotas para remover la cera del oído)
Eye Wash Solution
Gel de Glucosa o Pastillas
Guaifenesin o Guaifenesin DM
Hydrocortisona 1% crema o unguento
Hydrogen Peroxide
Ibuprofen (Advil)
Alcohol
Immodium
Loratadine (Claritin)
Lotramin AF
Maalox
Medicaine
Mylanta
Spray de Alivio Nasal
Lagrimas naturales
Neosporin
Gel para alivio de dolor oral (Orajel o Anbesol)
Pepto Bismol
Confites para dolor de garganta
Agua esterilizada
Aderente para la piel
Sudafed PE (Phenylephrine HCl 10 mg Pastillas)
Tums
Vaselina
Vitamin A&D Unguento

*Pueden ser sustituidos por formas genéticas.

Yo estoy de acuerdo que este estudiante puede recibir todos los medicamentos ofrecidos por el centro de salud en programas de la escuela excepto aquellos que yo he escrito aquí:

_____

Firma del padre o encargado legal

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento del estudiante_____

Centro de Salud en Programas de le Escuela de la Parroquia de Jefferson

AVISO DE PRACTICAS PRIVADAS

Efectivo el 4/14/2003

ESTE AVISO DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA SUYA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN POR FAVOR REVISELA MUY CUIDADOSAMENTE

Si usted tiene alguna pregunta, favor de comunicarse con nuestra oficina de privacidad a la dirección y número de teléfono que está al final de este Aviso.

¿QUIÉN SEGUIRÁ ESTE AVISO?

Los Centros de Salud de la Parroquia de Jefferson proveen cuidado de salud a nuestros pacientes y clientes en asociación con médicos y otros profesionales y organizaciones. La información de prácticas privadas en este aviso tendrán seguimiento por:

- Cualquier profesional de cuidado de la salud que lo trate en cualquiera de nuestros locales;
- Todos los departamentos y unidades de nuestra organización;
- Todos los empleados asociados, personal o voluntarios de nuestras organizaciones;
- Cualquier asociado de negocio o socio de los Centros de Salud con Base en las Escuelas de la Parroquia de Jefferson con quienes nosotros compartimos información.

NUESTRA PROMESA A USTED

Nosotros entendemos que la información médica y financiera acerca de usted es personal. Nosotros estamos comprometidos a proteger la privacidad de su información médica y de facturación. Nosotros creamos un archivo designado al cuidado y servicios que usted recibe para proveerle cuidados de calidad y para cumplir con los requisitos legales. Este aviso aplica a todos los archivos de su cuidado que nosotros mantenemos, ya sean creados por personal del centro, o por su doctor personal. Su doctor personal puede tener distintas políticas o Avisos concernientes al uso del doctor o a la revelación de su información médica o de facturación creada en la oficina del doctor. Nosotros estamos requeridos por la ley de que:

- Mantengamos la información médica y de facturación en privado;
- Darle este Aviso de nuestros obligaciones legales y practicas privadas con respecto a su información de salud protegida;
- Seguir los términos del Aviso actualmente en efecto.

CAMBIOS A ESTE AVISO

Nosotros podemos cambiar nuestras políticas y prácticas privadas en cualquier momento. Los cambios aplicarán a su información de salud protegida que nosotros ya tenemos, así como cualquier información nueva obtenida después de que los cambios ocurran. Cuando nosotros hagamos un cambio significante en nuestras políticas, nosotros cambiaremos el Aviso y pondremos el nuevo Aviso en el panel de avisos en la sala de espera y en los cuartos de examen. Usted puede recibir una copia del Aviso actual en cualquier momento. La fecha efectiva está listada abajo del título.

COMO PUDIESE SER QUE USEMOS SU INFORMACION PROTEGIDA

- Nosotros podemos usar y revelar información de salud protegida acerca de su **tratamiento** (como ser información médica enviada acerca de usted a un especialista como parte de una referencia; para **obtener pago por un tratamiento** (como ser información de facturación enviada a la compañía de su seguro o Medicaid y de **apoyar nuestras operaciones de cuidado de la salud** (como ser comparando datos del paciente para mejorar los métodos de tratamiento.)

- Nosotros podemos usar y revelar información médica y de facturación acerca de usted sin su previa autorización por varias razones. Sujetos a ciertos requisitos, nosotros podemos dar información de salud protegida acerca de usted sin su previa autorización **por los propósitos de salud pública, reportes de abuso o negligencia, auditoría o inspecciones por descuido de salud, estudios de investigación, o durante emergencias**. Nosotros podemos divulgar información de salud protegida **cuando es requerido por la ley**, como ser en respuesta a una solicitud de oficiales del orden público en situaciones específicas, o en respuesta a órdenes judiciales válidas o administrativas.

- Nosotros podemos contactarlo para recordarle de una cita, o para decirle de **posibles opciones de tratamiento, alternativas, o beneficios relacionados a la salud en que usted podría estar interesada.**

- Nosotros podemos divulgar registros médicos y facturación acerca de usted a **amigos o miembros de su familia quienes estén involucrados en su cuidado médico** o a las autoridades de asistencia de catástrofe de tal manera que su familia pueda ser notificada de su ubicación y condición.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del estudiante: _____

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

- En cualquier otra situación no cubierta por este Aviso, nosotros le preguntaremos por una autorización por escrito antes de usar o revelar su información de salud protegida. Si usted elige autorizar nuestro uso o revelación de su información de salud protegida, usted puede después revocar esa autorización notificándonos por escrito de su decisión.

SUS DERECHOS CONCERNIENTES A INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED

- En la mayoría de los casos, **usted tiene el derecho de ver u obtener una copia de la información médica y de la facturación** contenida en el archivo designado que nosotros usamos para hacer decisiones acerca de su cuidado. Si usted solicita copias, nosotros podemos cobrarle una cantidad por el costo de las copias, materiales relacionados o estampillas. Si nosotros le negamos su solicitud para revisar u obtener una copia, usted puede someter una solicitud por escrito, solicitando una revisión de esta decisión.

- Si usted cree que la información en su archivo designado es incorrecta o si información importante está perdida, **usted tiene el derecho a solicitar que nosotros corrijamos el archivo**. Su solicitud puede ser sometida por escrito. Una solicitud por enmienda debe proveer su razón para la enmienda. Nosotros podemos negarle la solicitud de enmienda de un archivo si la información no fue creada por nosotros; si no es parte de la información médica o de facturación mantenida por nosotros; o si nosotros determinamos que el archivo está correcto. Usted puede apelar, por escrito, una decisión de nosotros de no enmendar un archivo.

- **Usted tiene el derecho de un listado de aquéllas instancias donde nosotros hayamos revelado información médica o de facturación acerca de usted,** otra que por tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, o donde usted específicamente autorizó una revelación. Cuando usted someta una solicitud por escrito, ésta debe exponer el período de tiempo deseado para la contabilidad, que debe ser de un período de menos de seis (6) años y empezando antes del 14 de abril del 2003. La primera revelación será proveída a usted sin costo alguno, otras solicitudes serán cobradas de acuerdo con nuestros costos para producir la lista. Nosotros le informaremos del costo antes de incurrir cargo alguno.

- **Usted tiene el derecho de solicitar que su información médica y de facturación le sea comunicada en manera confidencial,** como ser enviando correo a una dirección que sea otra que la de su casa. Usted nos deberá de notificar, por escrito, de la manera específica o de la ubicación para ser usada por nosotros para comunicarnos con usted.

- **Usted debe solicitar por escrito, que nosotros no usemos o revelemos información médica protegida acerca de usted** por tratamiento, pago, funcionamiento del cuidado de salud, o de las personas envueltas en su cuidado excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, o cuando sea requerido por la ley, o por una emergencia. Nosotros consideraremos **su solicitud, pero no estamos legalmente requeridos para aceptarlo**. Le informaremos de nuestra decisión.

- **Todas las solicitudes por escrito, o apelaciones, deben ser sometidas a nuestra Oficina de Privacidad enumerado al final de este aviso.**

RECLAMOS

- Si usted está preocupado de que sus derechos de privacidad han sido violados, o usted no está de acuerdo con una decisión que hicimos acerca del acceso de sus archivos, usted puede contactarse con la Oficina de Privacidad (enumerada después).

- Finalmente, usted puede enviar, por escrito, un reclamo al Departamento de Servicios Humanos y de la Salud de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles. Nuestra Oficina de Privacidad le proveerá la dirección a solicitud.

- Bajo ninguna circunstancia usted será penalizado, o se tomarán represalias en su contra por hacer un reclamo.

PARA COMUNICARSE CON LA OFICINA DE PRIVACIDAD
Edna Metcalf
Jefferson Parish School-Based Health Centers
822 South Clearview Parkway
Metairie, La. 70003
504-349-8996
504-349-8985 fax

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento del estudiante:_____

Jefferson Parish School Based Health Center
Reconocimiento y Comprensión de la
"Aviso de Prácticas de Privacidad"

Por la presente doy mi consentimiento / permiso a Jefferson Parish School Based Health Centers para usar y divulgar la información de salud protegida de mi hijo para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Recibí una copia del "Aviso de prácticas de privacidad" del centro de salud escolar de Jefferson Parish, que brinda información detallada sobre cómo pueden usar y divulgar la información médica protegida de mi hijo. Al aceptar los términos que figuran en el mismo, daré mi consentimiento para que la información de salud protegida de mi hijo se comparta con un intercambio de información de salud.

Entiendo que:

• Tengo derecho a solicitar una restricción sobre la forma en que se utiliza y / o divulga su información médica protegida, pero la solicitud debe realizarse por escrito.
• El Centro de Salud Basado en la Escuela de Jefferson Parish no está obligado a otorgar mi solicitud, pero si el Centro de Salud Basado en la Escuela de Jefferson Parish sí otorga la solicitud, será vinculante.

_____ _____
Firma del padre o tutor legal Fecha

Jefferson Parish Schools School Based Health Centers

Consentimiento Informado para Telemedicina (Informed Consent for Telemedicine Services)

Nombre del paciente:_____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para prestar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al proveedor.

Reconozco que he sido notificado de mi derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para los servicios de telemedicina en forma oral o por escrito. Mientras este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), los Centros de Salud de la Escuela Jefferson Parish pueden brindarme servicios de atención médica a través de telemedicina sin la necesidad de que yo firme otro consentimiento.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Comprendo que, como paciente existente de los Centros de Salud de la Escuela Parroquial de Jefferson, mi información de salud se utilizará y divulgará de acuerdo con el aviso de Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud de la Escuela Parroquial de Jefferson, cuya copia se puede solicitar en cualquier momento. Entiendo que puedo obtener copias de mis registros médicos comunicándome con el consultorio de mi proveedor. El personal de la clínica divulgará mis registros después de haber recibido una autorización por escrito que permita la divulgación de mis registros médicos a mi destinatario designado.

Entiendo que en caso de una falla en la tecnología o el equipo, debo llamar a la oficina de mi proveedor para recibir más instrucciones. Entiendo que la telemedicina no se utiliza para proporcionar atención de emergencia y que dicha atención de emergencia debe buscarse llamando al 911.

Al firmar en el espacio a continuación, usted reconoce la información anterior y acepta recibir servicios de telemedicina del los Centros de Salud de la Escuela Parroquial de Jefferson, y sus proveedores participantes.

Doy mi consentimiento a los términos enumerados anteriormente.

Firma del padre / tutor legal (a menos que el estudiante tenga 18 años o más):

_____

Fecha: _____

Información sobre el seguro de Louisiana

En Louisiana, usted califica para recibir Medicaid si:
• Recibe Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) de la Administración del Seguro Social (SSA)
• Obtenga ayuda financiera de la Oficina de Apoyo Familiar (OFS) a través del Programa de Asistencia Temporal para la Independencia Familiar (FITAP)

También puede calificar para la cobertura de Medicaid si:
• Están deshabilitados según la definición de la Administración de la Seguridad Social.
• Tener la visión corregida no mejor que 20/200
• Son padres de bajos ingresos de niños menores de 19 años
• Es un niño menor de 19 años
• estan embarazadas
• No tiene seguro y necesita tratamiento para el cáncer de mama o cervical
• Recibin cobertura de Medicare y son de bajos ingresos.

¿Cómo me inscribo?

Hay varias maneras en que puede solicitar Medicaid y obtener más información:

1. Solicite ahora o renueve la cobertura de cualquier programa de Medicaid visitando la Solicitud en línea de Louisiana Medicaid (OLA). https://sspweb.lameds.ldh.la.gov/selfservice/
Una vez que envíe la solicitud en línea, se envía de inmediato a la oficina de Medicaid para su procesamiento, y no hay demora para enviar por correo o fax un formulario en papel.

2. Llame a la línea directa de Medicaid al número 1.888.342.6207 para solicitar ayuda. Los agentes aceptan llamadas de lunes a viernes de 7 a.m. a 4:30 p.m.

3. Solicite a su SBHC un formulario de solicitud y / o asistencia. Las solicitudes en papel pueden ser enviadas por correo o por fax.

Si su hijo ya tiene Louisiana Medicaid u otro seguro, proporcione a la SBHC una copia de la parte delantera y trasera de su tarjeta de seguro.