



¡Bienvenido al **CENTRO DE SALUD ESCOLAR de TRC!**

Le damos la bienvenida al Centro de Salud Escolar de TRC, ubicado en Jamestown High School. Nuestros proveedores son: Nicole Hinderleider, NP y Adnan Munir, Director Médico. Los servicios de higiene dental son supervisados por Jeffery Borst, DMD. Se adjunta, encuentre la documentación del paciente nuevo que necesitamos que complete antes de su inscripción.

El Centro de Salud Escolar (SBHC) es como el consultorio de un médico en la escuela secundaria. El personal incluye un especialista en enfermería, un especialista en electricidad, un higienista dental y un director médico. Los servicios que están disponibles en el SBHC incluyen:

- Exámenes físicos (exámenes físicos anuales, deportivos y laborales)
- Vacunas
- Recetas de medicamentos
- Evaluación y tratamiento de enfermedades crónicas y agudas como asma, diabetes, dolor de garganta y tos.
- Exámenes orales o referencias a servicios dentales
- Exámenes de salud mental y referencias para asesoramiento y otros servicios de salud mental
- Citas dentales que incluyen: limpiezas, tratamientos y selladores cuando estén disponibles

Es fácil inscribir a su hijo en SBHC. El personal de SBHC no puede ver a su hijo sin el consentimiento escrito del tutor. Hay dos documentos para completar y su hijo se inscribe hasta que se gradúe o abandone la escuela, o elija cancelar la inscripción con un aviso por escrito.

El SBHC NO reemplaza al médico o dentista regular de su hijo, sino que trabaja con el médico y / o dentista de su hijo para brindar atención médica de calidad en la escuela. Si su hijo está al día con su examen físico / dental anual, le recomendamos que incluya una copia (junto con las vacunas) o solicite al consultorio de su médico que nos envíe una copia por fax a: 716-661-4717.

NO hay gastos de bolsillo para el niño o la familia. Facturamos al seguro del niño si él / ella tiene seguro. Si no hay seguro, **el personal lo referirá a alguien para que lo ayude a obtener un seguro.**

El SBHC está abierto durante el horario escolar regular. Preferimos citas, pero las visitas sin cita previa siempre son bienvenidas.

Ofrecemos servicio de emergencia fuera del horario de atención de guardia. Sin embargo, este servicio está reservado solo para problemas de emergencia. Puede comunicarse con nuestro servicio de guardia al: 716-661-1447. Si tiene alguna pregunta sobre un asunto simple, una cita o un reabastecimiento de medicamentos, llame la mañana del siguiente día escolar al 716-483-4373 y estaremos encantados de ayudarle.

Sinceramente

Los proveedores y el personal del Centro de Salud Escolar TRC

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



Centro de salud escolar

Fecha de hoy :			¿Cómo te remitieron a nuestro programa?		
INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE					
Apellido del estudiante: Nombre: Medio:			Grado:		Seguro Social #:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Género al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono #	Nombre del padre/tutor legal:	
Dirección:		Apartado de correos	APROPIADO #	Relación:	
Ciudad:		Código postal estatal		Farmacia preferida:	
Raza (casillas de verificación que corresponden): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No reportado/Negarse a reportar					
Etnia Hispana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No Hispana					
INFORMACIÓN DEL SEGURO					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicaid comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro seguro <input type="checkbox"/> Sin seguro					
Compañía de seguros primaria:	Política #		Grupo #:	Fecha de entrada en vigor	
Nombre del titular de la tarjeta:	Número de Seguro Social		DOB	Empleador y número de teléfono	
Seguro Secundario:	Política #		Grupo #:	Fecha de entrada en vigor	
Nombre del titular de la tarjeta:	Número de Seguro Social		DOB	Empleador y número de teléfono	
Nombre del médico de atención primaria del estudiante			Teléfono del médico de atención primaria #		
_____			_____		
EN CASO DE EMERGENCIA					
Requerimos el nombre, dirección, número de teléfono y / o número de teléfono celular de 2 contactos.					
_____			_____		
(Nombre del primer contacto)			(Dirección) (Teléfono y/o celular #)		
_____			_____		
(Nombre del segundo contacto)			(Dirección) (Teléfono y/o celular #)		
Firma del padre/tutor : _____					

Centro de salud escolar

Formulario de consentimiento para servicios de salud

Se le proporcionarán los siguientes servicios a su hijo en el Centro de Salud Escolar:

- 1) Exámenes físicos completos, incluidos los de deportes escolares y documentos de trabajo
- 2) Prueba de laboratorio, cuando sea necesario, para detectar enfermedades o infecciones (es decir, faringitis estreptocócica)
- 3) Inmunizaciones (apropiadas para la edad)
- 4) Evaluación y tratamiento de afecciones agudas y crónicas y lesiones y enfermedades agudas
- 5) Recetas y administración de medicamentos
- 6) Referencias a una agencia externa para servicios no proporcionados en el Centro de Salud Escolar
- 7) Asesoramiento nutricional
- 8) Consejería de educación para la salud
- 9) Servicios de salud mental

Por la presente doy mi consentimiento para recibir servicios de atención médica proporcionados por el personal profesional del Centro de Salud Escolar. Entiendo que este consentimiento expira cuando mi hijo ya no está inscrito en las Escuelas Públicas de Jamestown, o cuando se recibe una declaración por escrito. _____

Además, doy mi consentimiento al personal del Centro de Salud Escolar para examinar los registros médicos y escolares completos de mi hijo, incluida cualquier información que pueda ayudarlos a ayudar a mi hijo. Además, si es necesario, puede comunicarse con nuestro proveedor de atención **primaria** o cualquier otro proveedor de atención médica para compartir información sobre el tratamiento de mi hijo y puede intercambiar información médica según sea necesario con la enfermera de la escuela para coordinar los fines de atención.

Además, doy mi consentimiento al personal del Centro de Salud Escolar para obtener copias del examen físico más reciente de mi hijo y los registros de vacunación de su proveedor de atención primaria.

La enfermera de su escuela y el SBHC revisarán los registros de su hijo para determinar qué vacunas son necesarias. Por favor, coloque una X junto a cualquier vacuna que NO quiera que reciba su hijo.

Vacunas requeridas por la escuela:

<input type="checkbox"/> DTAP/TD	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	<input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola)
<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Meningococo A
<input type="checkbox"/> Varicela (varicela)		

Vacunas pediátricas/recomendadas para adolescentes:

<input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (VPH)	<input type="checkbox"/> Influenza (gripe)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A
<input type="checkbox"/> Meningococo B	<input type="checkbox"/> COVID	

Visite www.immunize.org/viz para obtener más información sobre las vacunas.

Por la presente doy mi consentimiento para recibir un examen físico integral por parte del personal profesional del Centro de Salud Escolar.

También autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar cualquier reclamo de seguro a mi compañía de seguros designada y pagadero directamente a The Resource Center - SBHC.

Entiendo que cuando sea necesario se hará todo lo posible para contactarme antes de cualquier tratamiento que requiera el consentimiento de los padres de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York. La ley del estado de Nueva York no requiere el consentimiento de los padres para el tratamiento o asesoramiento sobre el abuso de drogas, el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual, la salud reproductiva o los servicios ambulatorios de salud mental.

Toda la atención proporcionada será en colaboración con el **proveedor de atención primaria** de su hijo.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Por la presente reconozco que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de los Servicios de Salud del Centro de Recursos, la Declaración de Derechos del Paciente, las Responsabilidades del Paciente y los Programas y Servicios disponibles para mí y mi familia.

El personal del Centro de Salud Escolar considera que la participación de los padres / tutores es muy importante. En consecuencia, el personal alentará a cada estudiante a involucrar a sus padres / tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Alentamos a los padres / tutores a visitar o llamar al Centro en cualquier momento.

Firma del padre/tutor: _____

Relación: _____

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no debe compartirse con escuelas u organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

Aviso legal: Los atletas que tengan una evaluación física de preparticipación vigente en el archivo (según los lineamientos generales estatales y locales) no necesitan completar otro formulario de antecedentes.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN (orientación provisional)

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

¿Ha tenido COVID-19? (elija una opción) Sí No

¿Ha recibido la vacuna contra el COVID-19? (elija una opción): Sí No Si la respuesta es sí, usted recibió: Una dosis Dos dosis Tres dosis Fecha de la dosis de refuerzo _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES		Sí	No
[Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta].			
1.	¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2.	¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3.	¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		Sí	No
4.	¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		Sí	No
5.	¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6.	¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7.	¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8.	¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9.	Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10.	¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA		No está seguro/a	Si	No
11.	¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?			
12.	¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?			
13.	¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?			
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES			Si	No
14.	¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?			
15.	¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?			
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS			Si	No
16.	¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?			
17.	¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?			
18.	¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?			
19.	¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?			

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		Si	No	
20.	¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?			
21.	¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?			
22.	¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?			
23.	¿Usted o algún miembro de su familia tienen el rasgo o la enfermedad de las células falciformes?	No está seguro/a		
24.	¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?			
25.	¿Le preocupa su peso?			
26.	¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?			
27.	¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?			
28.	¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?			
PREGUNTAS SOBRE EL PERÍODO MENSTRUAL		N/A	Si	No
29.	¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?			
30.	¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?			
31.	¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?			
32.	¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?			

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Si".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Declaración de Derechos del Paciente

El Programa de Servicios Clínicos de Diagnóstico y Tratamiento, una división del Centro de Recursos, garantiza que cada paciente tenga derecho a los siguientes derechos:

1. Para recibir servicios sin distinción de edad, raza, color, orientación sexual, religión, estado civil, sexo, origen nacional o patrocinador.
2. A ser tratado con consideración, respeto y dignidad, incluida la privacidad en el trato.
3. Ser informado de los servicios disponibles en la clínica.
4. Ser informado de las disposiciones para los servicios de emergencia fuera de horario.
5. Ser informado de los cargos por servicio, la elegibilidad para reembolsos de terceros y, cuando corresponda, la disponibilidad de atención gratuita o de costo reducido.
6. Para recibir una copia detallada de su estado de cuenta, previa solicitud.
7. Obtener información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que se puede esperar razonablemente que el paciente entienda.
8. Recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento y/o tratamiento que no sea de emergencia. El consentimiento informado incluirá, como mínimo, el suministro de información sobre el procedimiento o tratamiento específico o ambos, los riesgos razonablemente previsibles involucrados y las alternativas para la atención del tratamiento, si las hubiere, como un médico razonable en circunstancias similares revelaría de una manera que permita al paciente tomar una decisión informada.
9. Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y estar plenamente informado de las consecuencias de dicha acción.
10. Negarse a participar en la investigación experimental.
11. Expresar quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios al personal de la Clínica, la autoridad gobernante y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York sin temor a represalias.
12. Expresar quejas sobre la atención y el servicio prestados y hacer que la Clínica investigue dichas quejas. La Clínica es responsable de proporcionar al paciente o a su designado una respuesta por escrito dentro de los 30 días si el paciente lo requiere, indicando los hallazgos de la investigación. La Clínica también es responsable de notificar al paciente o a su designado que si el paciente no está satisfecho con la respuesta de la Clínica, el paciente puede quejarse ante la Oficina de Administración de Sistemas de Salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.
13. A la privacidad y confidencialidad de toda la información y registros relacionados con el tratamiento del paciente.
14. Aprobar o rechazar la divulgación o divulgación del contenido de su registro médico a cualquier profesional de la salud y / o centro de atención médica, excepto según lo exija la ley o el contrato de pago de terceros.
15. Para acceder a su registro médico de conformidad con las disposiciones de la Sección 18 de la Ley de Salud Pública y la Subparte 50-3 de este título.
16. Autorice a los miembros de la familia y otros adultos a quienes se les dará prioridad a visitar de acuerdo con su capacidad para recibir visitas.
17. Da a conocer tus deseos con respecto a los dones anatómicos. Puede documentar sus deseos en su poder de atención médica o en una tarjeta de donante, disponible en el centro.