



Una escuela del programa "Make Your Day"

ELMA ELEMENTARY SCHOOL

1235 Monte Elma Road
Elma, WA 98541
Teléfono: (360) 482-2632
Fax: (360) 482-4565

Greg Scroggins, *Director*
Heather Moore, *Vicedirectora*
Terri Callahan, *Consejera estudiantil*

Año Escolar 2024-2025

Estimados padres y tutores,

Elma Elementary School, la escuela primaria de su hijo, colabora con proveedores locales de salud para ofrecer un centro de salud escolar (SBHC, por sus siglas en inglés) en nuestra escuela. Se ofrecen servicios de salud a todos los estudiantes de Elma Elementary School. El SBHC es administrado por Capital Region ESD 113 en colaboración con Summit Pacific Medical Center, Elma Family Dental y EYE See Clinic. Un orientador de asistencia al estudiante coordina la atención médica y un profesional de prevención e intervención ofrece servicios de salud mental de prevención e intervención temprana. Nuestros servicios están disponibles en persona. El SBHC ofrece un ambiente apto para niños además de la mayoría de los servicios que se encuentran en un centro de salud comunitario. Habrán citas disponibles antes, durante y después de la jornada escolar para adaptarse a los horarios estudiantiles y familiares. Haremos todo lo posible para programar las citas durante los períodos no académicos de la jornada escolar.

El SBHC ofrecerá los siguientes servicios:

- Consultas de niño sano e inmunizaciones
- Evaluación y tratamiento de problemas de salud comunes
- Administración de medicamentos
- Servicios de salud mental de prevención e intervención temprana
- Cuidado de la salud bucodental, incluidos revisiones, exámenes, tratamiento y derivación
- Revisiones y exámenes de la vista y lentes
- Cuidado preventivo, como la educación y la promoción de la salud
- Asistencia con la elegibilidad e inscripción en el seguro médico
- Derivación a especialistas u otros proveedores médicos, según sea necesario

Marcar los servicios en los que quiere inscribir su hijo. Un orientador de asistencia al estudiante se pondrá en contacto con usted para confirmar los servicios que usted aceptó y recopilar cualquier información adicional necesaria antes de la fecha de servicio:

- Servicios médicos Servicios de vista (revisión y/o examen)
- Revisión de salud bucodental Servicios de salud mental de prevención e intervención temprana
- Servicios dentales

Se puede entregar los formularios a la oficina administrativa de la escuela. Favor de no entregarlas al maestro de su hijo.

Los socios del SBHC se comprometen a atender a todos los pacientes, sin importar su capacidad de pago. El SBHC recibe apoyo del Programa de Subvención de Servicios de Atención Médica Rural, pero esta financiación no cubre totalmente los gastos de funcionamiento del programa; por lo tanto, los socios del SBHC facturarán a los proveedores de seguro médico cuando sea apropiado para los servicios elegibles. Por favor, complete la sección de seguro médico del formulario de inscripción. Si no tiene seguro médico, el orientador de asistencia al estudiante del SBHC puede ayudarle a inscribirse en un plan de seguro. Somos muy afortunados de poder establecer un SBHC en Elma Elementary School. Esperamos que usted aproveche este recurso para su hijo. Si quiere más información sobre los servicios del SBHC o necesita ayuda para rellenar los formularios, puede ponerse en contacto con nuestro equipo. Puede llamarnos al 360-482-1815 o enviarnos un mensaje a ElmaElementarySBHC@esd113.org.

Saludos,
Greg Scroggins, Director

Formulario de inscripción

Rellene este formulario para permitir que el equipo de atención del SBHC de Elma Elementary School proporcione a su hijo servicios de atención médica de alta calidad. Este consentimiento permanecerá activo durante el tiempo que su estudiante esté inscrito en esta escuela. Si usted decide retirar el consentimiento para los servicios, envíe su solicitud por escrito al SBHC.

1. Datos personales del estudiante

Apellido(s):	Nombre:	Segundo nombre:
Número de identidad estudiantil:	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: (asignado al nacer)
Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado y código postal):		
Domicilio (si no es la dirección postal):		
Raza u origen: <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> De más de una raza o <i>mestizo</i> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Origen hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí, es de origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No, no es de origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Idiomas que se habla(n) en casa:		

2. Información del padre, madre o tutor del estudiante

Apellido(s):	Nombre:	Relación de usted con el paciente:
Dirección (si difiere del paciente):	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo (asignado al nacer):
	Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:
	Prefiero que me notifiquen de las citas por (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Email	
Idioma preferido:	¿Necesita un intérprete para las citas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Situación laboral (del padre, madre o tutor del estudiante): <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sin empleo/desempleado/a <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Cuidado o tareas domésticas <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		

3. Contacto de emergencia (Que no sea el padre/tutor del estudiante)

Apellido(s):	Nombre:	Relación al paciente:
Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado y código postal):		Número de teléfono:

Formulario de inscripción

Situación laboral (del contacto de emergencia):

Trabajo a tiempo completo Trabajo a tiempo parcial Empleo estacional Por cuenta propia Sin empleo/desempleado/a
 Jubilado/a Estudiante Servicio militar activo Cuidado o tareas domésticas Prefiero no responder

4. Cobertura médica

¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta a la pregunta anterior es NO , quiere que le ayudamos a inscribirse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía de seguros:	Fecha efectiva de inicio:	Nombre del asegurado principal:
Nº de grupo:	Nº de miembro:	Fecha de nacimiento del asegurado principal (MM/DD/AAAA):

6. Consentimiento y autorización

Certifico que la información de registro del Centro de Salud Escolar que he proporcionado es actualmente correcta y entiendo que cualquier tergiversación deliberada de la información puede hacer que sea yo el/la responsable del coste total de los servicios prestados. Autorizo al personal médico, de salud mental, odontológico y oftalmológico a emplear los tratamientos y terapias establecidos que se consideren profesional y médicamente necesarios o aconsejables en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de mi hijo. Entiendo que el cuidado médico puede ser administrado por un médico, enfermera practicante, asistente médico, u otro personal licenciado. Entiendo que el cuidado de salud mental puede ser administrado por un consejero de salud mental licenciado, trabajador social, u otros profesionales de salud mental no licenciados. Entiendo que la atención odontológica puede ser administrada por dentistas, higienistas dentales, asistentes dentales, estudiantes de odontología o higiene dental o voluntarios capacitados con licencia, de conformidad con la Ley de Práctica Odontológica del Estado de Washington (Washington State Dental Practice Act, en inglés). Entiendo que el cuidado oftalmológico puede ser administrado por un optometrista licenciado, o un estudiante de optometría entrenado y supervisado por un optometrista licenciado. Esta autorización permanecerá en efecto a menos que el consentimiento sea cancelado por notificación escrita. Esta asignación y formulario de consentimiento autoriza a los socios del Centro de Salud Escolar de Elma Elementary (ESD 113, Summit Pacific Medical Center, Olympic Valley Clinic, Elma Family Dental y EYE See Clinic) a divulgar a mi compañía de seguros, CMS o DSHS cualquier información necesaria para determinar los beneficios correspondientes a los servicios relacionados. Por la presente autorizo a cualquier compañía de seguros con la que tenga una póliza a pagar directamente a ese proveedor cualquier beneficio de cualquier póliza de seguro a los proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios. Acepto pagar todos los cargos que no sean pagados en su totalidad por el seguro asignado. Este programa está financiado en parte por la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU., en el marco del Programa de Subvenciones de Extensión de Servicios Sanitarios Rurales. Los beneficiarios de la subvención están obligados a presentar informes anuales sobre el progreso de la misma. De acuerdo con el plan de evaluación del programa, informaremos sobre el total de personas atendidas, la información demográfica, el total de servicios prestados y el rendimiento del programa.

Firma:	Relación al paciente:	Fecha:
--------	-----------------------	--------

Consentimiento para servicios médicos

Los socios del Centro de Salud Escolar de Elma deben tener el consentimiento firmado de un padre o tutor legal antes de proporcionar servicios al estudiante, excepto en situaciones en las que las leyes federales y/o estatales permiten que el estudiante tenga acceso al tratamiento sin el consentimiento de los padres o tutores. Este formulario de consentimiento solo se aplica a los servicios del Centro de Salud Escolar que proporcionan los socios de Elma Elementary School (ESD 113, Summit Pacific Medical Center, Olympic Valley Clinic, Elma Family Dental y EYE See Clinic), y no a los servicios que presta el/la enfermero(a) escolar. Los estudiantes pueden recibir los servicios de enfermería escolar sin este formulario de consentimiento.

Por la presente solicito y autorizo que: *(Escribir el nombre y la fecha de nacimiento del estudiante a continuación)*

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido(s):	Fecha de nacimiento:

[El estudiante antes mencionado] recibirá los servicios de atención médica disponibles y que el equipo de atención del Centro de Salud Escolar de Elma Elementary School (ESD 113, Summit Pacific Medical Center, Olympic Valley Clinic, Elma Family Dental y EYE See Clinic) considere necesarios. Estos servicios pueden incluir, pero no están limitados a: exámenes médicos regulares, cuidado de niños sanos, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas, vacunas, consejería de salud mental y servicios de tratamiento dental. Entiendo que el equipo de atención del Centro de Salud Escolar alienta la participación de la familia en los servicios que prestan a los estudiantes. Sin embargo, si no puedo estar presente, autorizo que mi hijo reciba los servicios en mi ausencia. También doy mi consentimiento para que se le remita o, si es necesario, que se le traslade de urgencia a otros profesionales de la salud, hospitales, clínicas o agencias de atención médica según lo que considere necesario el equipo de atención del Centro de Salud Escolar de Elma Elementary School. Esta autorización no permite que se presten servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que el estudiante no pueda dar su consentimiento. Los socios del Centro de Salud Escolar de Elma Elementary colaborarán y coordinarán la atención con otros proveedores de atención médica de la comunidad, según corresponda.

De acuerdo con las leyes estatales y/o federales, cuando se da el consentimiento para la atención médica, se mantiene confidencial la información sobre la atención médica excepto en caso de que (entre otras excepciones):

1. El paciente o el padre o tutor del paciente de su permiso firmado para divulgar la información.
2. El paciente indique riesgo de daño inminente a sí mismo o a otros.
3. El paciente experimenta un problema de salud potencialmente mortal y es menor de edad.
4. Se sospeche que el paciente es víctima de abuso o negligencia.
5. El paciente se haya infectado de una enfermedad transmisible de las que hay que divulgar a las autoridades sanitarias.

Doy mi consentimiento para compartir información necesaria con el equipo de atención médica del Centro de Salud Escolar de Elma Elementary School, incluido el intercambio de información entre el profesional de salud mental, el proveedor médico, el proveedor dental y la enfermera escolar y el consejero escolar, con el fin de proporcionar la mejor atención al estudiante. Para facilitar la coordinación de la atención, todos los miembros del equipo de atención del Centro de Salud Escolar tendrán acceso al historial clínico del estudiante, incluido el orientador de asistencia al estudiante, el profesional de salud mental, el proveedor médico y el proveedor dental. Autorizo que la enfermera de la escuela administre medicamentos de venta libre según lo prescrito por el proveedor médico del Centro de Salud Escolar. El consentimiento autoriza los servicios que proporcione el equipo de atención del Centro de Salud Escolar de Elma Elementary School (ESD 113, Summit Pacific Medical Center, Olympic Valley Clinic, Elma Family Dental y EYE See Clinic) durante el tiempo que el estudiante esté inscrito en Elma Elementary School. Se puede retirar este consentimiento por escrito. Para ello, diríjase al Centro de Salud de Elma Elementary School.

Firma de la madre/padre/tutor: _____ **Relación al paciente:** _____

Nombre de la parte legalmente responsable (letra de molde): _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE SOBRE EL CONSENTIMIENTO DE LOS MENORES

Según la ley del Estado de Washington, el Centro de Salud Escolar (SBHC) proporcionará y ayudará a los estudiantes a acceder a la atención médica de terceros si es necesario. Bajo la ley del Estado de Washington, los jóvenes pueden acceder independientemente a la atención de salud reproductiva a cualquier edad sin el consentimiento de los padres o tutores. Los jóvenes (de 13 años en adelante) pueden recibir independientemente servicios de drogas y alcohol y asesoramiento de salud mental sin el consentimiento de los padres o tutores. El SBHC anima a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención médica siempre que sea posible. Cuando sea aplicable, el SBHC ayudará al estudiante a hablar de estas situaciones con los padres o tutores. Debido a que los jóvenes son capaces de dar su consentimiento para el tratamiento, su consentimiento es legalmente requerido para la divulgación de información sobre el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo las pruebas de VIH/SIDA). El consentimiento de los estudiantes de 13 años o más, y el consentimiento de los padres o tutores para los estudiantes de 12 años o menos, es legalmente necesario para la divulgación de información sobre el asesoramiento en materia de alcohol y drogas o salud mental. Para más información sobre el consentimiento de los menores visite: www.washingtonlawhelp.org/es y busque "Consentimiento".



Fecha (MM/DD/AAAA): _____

Cuestionario del historial médico pediátrico

Nombre(s) y apellido(s) del paciente: _____

Fec. Nac. (MM/DD/AAAA): ____ / ____ / ____ Edad: _____ Apodo: _____

Nombre(s) y apellido(s) del padre/madre/tutor: _____

Médico de cabecera anterior: _____

Motivo principal de consulta: _____

Farmacia: _____ Alergias: _____

Historial médico

Diagnóstico	Fecha de diagnóstico	Médico/proveedor	Medicamentos o terapias recetadas
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historial quirúrgico

Fecha	Cirugía	Médico/hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Hospitalizaciones

Fecha	Motivo	Médico/hospital
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otros medicamentos (vitaminas, suplementos u otros medicamentos de venta libre)

Medicamento	Dosis	Médico que le recetó el medicamento
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historial médico familiar

Diagnóstico	Fecha del diagnóstico	Médico/proveedor	Medicamentos o terapias recetadas
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Revisión dental



Estimado padre o tutor,

Estamos ofreciendo exámenes dentales en Elma Elementary School para informarle sobre la salud dental de su hijo. Los exámenes **no tienen ningún costo para usted**. Si usted da su consentimiento para que examinemos a su hijo, su hijo recibirá dos revisiones dentales durante el año escolar. La primera será en el otoño y la segunda en la primavera. Le enviaremos una copia de los resultados de la revisión dental de su hijo. Si es necesario, podemos darle información para hacer una cita dental de seguimiento o podemos hacer la cita por usted, si necesita ayuda para encontrar un dentista.

¿Qué se hace en una revisión dental?

Un proveedor dental de Elma Family Dental examinará los dientes de su hijo y hará una evaluación visual. También aplicará un barniz de flúor en los dientes de su hijo, que es una capa protectora que se pinta en los dientes para ayudar a prevenir nuevas caries y que puede ayudar a retardar las caries existentes que ya han comenzado a formarse. Una revisión dental no sustituye a un examen dental completo realizado por el dentista de su hijo.

Rellene y firme el siguiente formulario para que su hijo pueda recibir los exámenes dentales como parte de los servicios de salud ofrecidos por nuestro centro de salud escolar.

Apellido(s) del estudiante:	Nombre del estudiante:	Segundo nombre del estudiante:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)		Sexo: (asignado al nacer)

Apellido(s) del padre/madre/tutor:	Nombre del padre/madre/tutor:	Segundo nombre del padre/madre/tutor:
Dirección: (calle o apartado postal, estado y código postal)	Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor: (MM/DD/AAAA)	Relación al estudiante
	Teléfono del padre/madre/tutor:	Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor:

¿En qué idioma prefiere recibir los resultados o materiales de seguimiento?

¿Cómo prefiere recibir los resultados de la revisión dental?

Darlos a mi hijo/a Mandarlos a la dirección indicada en el presente formulario

Revisión dental

Continuación de la página anterior.

<p>¿Hace cuánto tiempo fue al dentista su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Hace menos de 6 meses <input type="checkbox"/> Hace menos de 1 año <input type="checkbox"/> Hace menos de 2 años <input type="checkbox"/> Hace más de 2 años</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>¿Su familia ha ido al mismo dentista varias veces?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="margin-left: 100px;">Si la respuesta es SÍ, ¿quién es su proveedor dental?</p>
<p>Si su familia no va habitualmente al mismo dentista, ¿quiere ayuda para encontrar un dentista?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Este programa no tiene coste alguno para usted, pero es posible que se facturen los servicios a su compañía de seguros médicos. Por favor, rellene la sección de seguros de este formulario para que tengamos la información más reciente. Los planes de seguros públicos generalmente cubren la totalidad de la tarifa de la revisión. No se facturará ningún gasto de bolsillo a ningún estudiante o familia que participe en el programa. No se facturará como uno de los exámenes dentales bianuales de su hijo.

Por favor, indique la información de su seguro dental Apple Health u otro seguro dental a continuación:

Nombre del seguro dental:	Nombre del asegurado principal:	
	Fecha de nacimiento del asegurado principal: (MM/DD/AAAA)	Relación al estudiante:

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta dos revisiones dentales y barnices de flúor.

Firma:	Fecha: (MM/DD/AAAA)
--------	---------------------



Aviso de privacidad

Las leyes federales y estatales protegen el uso de la información de salud personal y la confidencialidad de los participantes y pacientes. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) establece procedimientos de privacidad para la información de salud personal (personal health information, PHI por sus siglas en inglés). Los socios del Centro de Salud Escolar de Elma (ESD 113, Olympic Valley Clinic, Elma Family Dental, Summit Pacific Medical Center y EYE See Clinic) siguen las reglas y directrices de HIPAA y deben proporcionar protecciones de privacidad para la información personal de salud recopilada sobre los participantes y pacientes registrados. Esto incluye información escrita, hablada y electrónica.

Si usted desea que el(los) socio(s) del Centro de Salud Escolar divulgue(n) su información a alguien (pariente, amigo, etc.), debe firmar un formulario de autorización. Para obtener información sobre cuándo podríamos divulgar información sin su autorización firmada, como a otro proveedor de atención médica, plan de atención médica, etc., consulte el aviso de prácticas de privacidad de todos los socios del consorcio. Esta información detallada está disponible previa solicitud.

Una escuela del programa "Make Your Day"



ELMA ELEMENTARY SCHOOL

1235 Monte Elma Road
Elma, WA 98541
Teléfono: (360) 482-2632
Fax: (360) 482-4565

Greg Scroggins, *Director*
Heather Moore, *Vicedirectora*
Terri Callahan, *Consejera estudiantil*

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés) les otorga a los padres ciertos derechos con respecto a los expedientes educativos de sus hijos. La ley FERPA exige que el consentimiento para la divulgación de los expedientes educativos esté firmado y fechado, especifique los expedientes que pueden divulgarse, indique el propósito de la divulgación e identifique la parte o clase de partes a las que puede hacerse la divulgación.

Este programa está financiado en parte por la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU., en el marco del Programa de Subvenciones de Extensión de Servicios Sanitarios Rurales. Uno de los objetivos del programa es explorar la conexión entre el acceso a los servicios de salud y el rendimiento académico.

Pedimos a los participantes en este programa su consentimiento para revisar e informar sobre los registros educativos de los estudiantes (por ejemplo, asistencia, información demográfica de los estudiantes, inscripciones en programas de estudiantes, comportamiento y rendimiento académico) para demostrar las posibles conexiones entre la participación de los estudiantes en el programa en los servicios de salud escolares y la mejora académica.

El propósito de este trabajo es compartir el beneficio de invertir en servicios de salud escolares que tendrán un impacto positivo en la salud y el rendimiento académico de los estudiantes que participan en este programa.

Autorizo la divulgación de los expedientes académicos de mi hijo del Elma School District al personal del programa del Centro de Salud Escolar.

Nombre: _____

Relación de usted con el estudiante: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Escuela del estudiante: _____

Firma: _____

Fecha: _____