



**CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA  
ESCUELA PRIMARIA BALTZ  
1500 SPRUCE AVENUE  
WILMINGTON, DE 19805  
PHONE: (302) 651-2696 FAX: 302-651-2697**

Estimados padres/tutores:

El Centro de Salud Ubicado en la Escuela (SBHC) es una asociación entre Christiana Care Health Services y el Distrito Escolar Red Clay. Esta carta es una invitación para que inscriba a su hijo en el SBHC.

En la escuela de su hijo, en el SBHC se brinda atención médica. Dicha atención es proporcionada por un médico o por un profesional en enfermería / médico asistente y por un trabajador social clínico licenciado/consejero profesional licenciado en salud mental, y por un dietista certificado.

**Para inscribir a su hijo(a) en el SBHC, usted necesita proporcionar lo siguiente:**

- **Información actualizada sobre el seguro** si su hijo está asegurado. (Nota: No se le cobrarán copagos, coaseguros o deducibles y no se rechazará a nadie en función de su capacidad de pago).
- **Un formulario de consentimiento completado** (incluido en este paquete).
- **Un Formulario de registro del estudiante** y un **Formulario de historial de salud** completado (incluido en este paquete)

Los formularios de registración/matriculación completados deben llevarse al SBHC lo antes posible.

**Servicios que se ofrecen en el SBHC:**

- Exámenes físicos
- Evaluaciones de salud
- Vacunas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Consejería (individual, familiar y en grupo)
- Intervención en casos de crisis y prevención de suicidio
- Educación sobre la salud/reducción de riesgos
- Asesoría en nutrición

Tenga en cuenta que el pediatra de su hijo(a), o su médico familiar, continúa siendo el médico primario de su hijo(a). El SBHC no reemplaza al pediatra o al médico familiar de su hijo(a), y los médicos y enfermeros del SBHC trabajarán con el médico primario de su hijo para cuidar de su hijo(a). El SBHC ofrece servicios que pueden ser complementarios a la atención que ofrece su médico primario. Siempre que sea apropiado, y con su autorización, trataremos de compartir la información médica con el médico de su hijo(a) para evitar la duplicación de servicios médicos, y para cuidar bien de su hijo(a). Si su hijo(a) no tiene un médico, podemos ayudarle a encontrar uno.

Esperamos que registre a su hijo en el SBHC.

Así, junto con usted y el médico primario de su hijo, podemos trabajar para mantener a su hijo saludable y en la escuela.

7. **Entiendo** que ChristianaCare no grabará el video o audio de mi visita de telehealth sin mi consentimiento en el momento de la grabación.
8. **Consiento** a que ChristianaCare obtenga información de salud de mi parte y a que me brinde servicios de atención médica mediante comunicaciones por telehealth cuando y donde mi proveedor o miembro calificado de mi equipo de atención lo determine apropiado y necesario.
9. **Entiendo** que puedo rehusar o dejar de participar en servicios de telehealth y pedir servicios alternos en cualquier momento, como visitas en persona.
10. **Entiendo** que es posible que se facturen los servicios cubiertos al seguro, y la necesidad de brindar información de seguro al Centro de Salud Ubicado en la Escuela antes de la prestación de dichos servicios.
11. **Entiendo** que el Centro de Salud Ubicado en la Escuela no cobrará copagos ni ningún otro gasto de bolsillo por el uso de sus servicios.
12. **Entiendo** que este consentimiento se puede revocar por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan realizado acciones basándose en él. Toda solicitud por revocación se debe realizar por escrito y se debe enviar al SBHC asociado con el cuidado de mi hijo.
13. **Estoy de acuerdo** con que el personal de la escuela pueda acompañar a mi hijo para un examen médico.
14. **Estoy de acuerdo** con que la información proporcionada en el Formulario del Historial de Salud y en este consentimiento es precisa y completa.
15. **Entiendo** que, bajo ciertas circunstancias, y con mi permiso y a petición mía, mi alumno podría ser visto en un Centro de Salud Ubicado en la Escuela distinto dentro del Distrito Escolar para ciertos servicios.
16. Mi alumno y yo hemos leído detenidamente este formulario. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Comprendo que, si tengo cualquier pregunta antes o después de firmar este Consentimiento para Servicios, puedo llamar al coordinador del Centro de Salud Ubicado en la Escuela.

Con mi firma a continuación, certifico que soy el padre o tutor legal del alumno mencionado anteriormente y que he leído las declaraciones de consentimiento anteriores sobre los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Ubicado en la escuela de mi alumno, y que acepto voluntariamente que mi alumno participe. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad de los resultados que se puedan obtener de los servicios/tratamiento.

**Nombre del padre/tutor legal en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Formulario de Registro del Paciente**
**Información del Paciente (Alumno) – Escriba en letra de molde (con bolígrafo)**
**ESCUELA PRIMARIA BALTZ**

|   |  |  |                     |
|---|--|--|---------------------|
| <b>Grado: Pre-K K 1 2 3 4 5</b>   |  |  |                     |
| <b>Apellido del paciente:</b> _____   |  | <b>Nombre:</b> _____   |                     |
|   |  | <b>Segundo nombre:</b> _____   |                     |
| <b>Sexo identificado:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Se niega a responder |  |  |                     |
| <b>Dirección:</b> _____   |  | <b>Ciudad</b> _____  | <b>Estado</b> _____ |
| <b>Código postal</b> _____  |  | <b>Fecha de nacimiento:</b> _____  |                     |
| <b>Raza (seleccione todas las que correspondan):</b><br>Caucásica/Blanca    Negra/Afroamericana    Asiática/Nativa Hawaiana/Isleña del Pacífico<br>India Americana/Nativa de Alaska    Indeterminada    Otra                  |  | <b>Grupo étnico (encierre en un círculo):</b><br>Hispano/Latino    Árabe<br>No hispano/latino/árabe                              |                     |
| <b>Médico de atención primaria (Médico familiar)</b><br><b>Nombre:</b> _____<br><b>Número de teléfono:</b> _____  |  | <b>En caso de emergencia, comuníquese con:</b><br>_____<br><b>Relación con el paciente:</b> _____<br><b># de teléfono:</b> _____ |                     |

**Información de los Padres/del Tutor Legal**

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Nombre completo legal de la madre:</b> _____                     |  | <b>Fecha de nacimiento:</b> _____       |   |
| <b>Dirección:</b> _____   |  | <b># de teléfono residencial:</b> _____ | _____                                   |
| <b>Correo electrónico de la madre:</b> _____                        |  | <b># de teléfono celular:</b> _____     |   |
| <b>Nombre &amp; dirección del empleador:</b> _____                  |  | <b># de teléfono laboral:</b> _____     |   |
| <b>Nombre completo legal del padre:</b> _____                       |  | <b>Fecha de nacimiento:</b> _____       | <b># de teléfono residencial:</b> _____ |
| <b>Dirección:</b> _____   |  | <b># de teléfono celular:</b> _____     |   |
| <b>Nombre &amp; dirección del empleador:</b> _____                  |  | <b># de teléfono laboral:</b> _____     |   |
| <b>Nombre del tutor legal (si no es la madre o el padre):</b> _____ |  | <b>Fecha de nacimiento:</b> _____       | <b># de teléfono residencial:</b> _____ |
| <b>Relación con el alumno</b> _____                                 |  | <b># de teléfono celular:</b> _____     |   |
| <b>Dirección:</b> _____   |  | <b># de teléfono laboral:</b> _____     |   |
| <b>Nombre &amp; dirección del empleador:</b> _____                  |  | <b># de teléfono laboral:</b> _____     |   |

**► Información del seguro (REQUERIDA) – Envíe una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro**

|  |  |
|--|--|
| <b>Fuente de pago para el cuidado. Marque una de las siguientes:</b><br><input type="checkbox"/> Sin seguro<br><input type="checkbox"/> Proveedor de Medicaid: _____<br><input type="checkbox"/> Número de Medicaid: _____<br><input type="checkbox"/> Seguro comercial: _____<br><input type="checkbox"/> Número de póliza: _____<br><input type="checkbox"/> Nombre del asegurado: _____<br><input type="checkbox"/> Relación con el alumno: _____<br><input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento del asegurado: _____<br><br><b>Programa Delaware Healthy Children</b> | <b>Información de seguro secundario:</b><br><input type="checkbox"/> Proveedor de Medicaid: _____<br><input type="checkbox"/> Número de Medicaid: _____<br><input type="checkbox"/> Seguro comercial: _____<br><input type="checkbox"/> Número de póliza: _____<br><input type="checkbox"/> Nombre del asegurado: _____<br><input type="checkbox"/> Relación con el alumno: _____<br><input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento del asegurado: _____ |
|--|--|



Privacy Office  
4000 Nexus Drive, Avenue North – Suite NW3-100,  
Wilmington, DE 19803  
Teléfono: 302-623-4468. Fax: 302-428-2475

*Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013*

*Última fecha de revisión: 27 de septiembre de 2021*

## **Aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices, NPP) según la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA): ¡léalo con atención!**

**Este NPP es sobre su información, sus derechos y nuestras responsabilidades. Explica cómo ChristianaCare puede usar y revelar su información y cómo usted puede acceder a ella.**

Para ChristianaCare, la privacidad de nuestros pacientes es muy importante. Sabemos que su información médica es muy personal. Hacemos todo lo posible para proteger la privacidad de su información médica. Solo usaremos y revelaremos la menor cantidad de información necesaria para el propósito previsto y según lo exija la ley.

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>Nuestras responsabilidades</b>   | <p>Para atenderlo, creamos y recibimos información personal sobre su salud. Esta información se llama información médica protegida (PHI) y proviene de usted, sus médicos, hospitales y otros proveedores de servicios de atención médica que participen en su atención. En el caso de los miembros del Plan de beneficios médicos y de bienestar de ChristianaCare (plan de beneficios), la PHI puede provenir de su empleador, de otras aseguradoras, de organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) o de administradores de terceros (TPA), según corresponda. Su PHI puede estar en formato verbal, escrito o electrónico. La ley nos exige:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.</li><li>• Celebrar un Acuerdo de socio comercial con terceros que participen en su tratamiento, el pago y en nuestras operaciones de atención médica, que exige que el socio comercial proteja la privacidad y la seguridad de la PHI.</li><li>• Informarlo rápidamente si determinamos que se hizo un uso o una revelación inadecuados de su PHI que comprometa la privacidad o la seguridad de su información.</li><li>• Usar y revelar su información como se indica en este aviso, a menos que usted nos indique por escrito que no podemos hacerlo. Si cambia de opinión en cualquier momento, debe informarnos por escrito.</li><li>• Cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad mencionadas en este aviso y darle una copia del aviso a usted.</li></ul> |
| <b>¿Quién respetará este aviso?</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Todas las organizaciones, los centros y los consultorios médicos de ChristianaCare</li><li>• Cualquier médico, profesional de atención médica u otra persona que lo atienda</li><li>• Todas las personas que trabajen para ChristianaCare</li><li>• Todos los voluntarios de ChristianaCare</li><li>• Cualquier socio comercial que necesite información médica para poder prestar servicios para ChristianaCare</li></ul>  |

## Sus derechos

### Sus derechos incluyen:

Sus derechos incluyen, entre otros:

- Recibir una copia de sus expedientes médicos y de reclamos
- Pedir la corrección de sus expedientes médicos y de reclamos
- Recibir una lista de las personas con quienes hemos compartido su información
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Pedir una comunicación confidencial
- Pedir una copia de este aviso de privacidad
- Presentar una queja si cree que se violaron sus derechos de privacidad
- Elegir a alguien que actúe en su nombre

**En las próximas páginas, se explican en detalle sus derechos, nuestros usos y revelaciones y nuestras responsabilidades hacia usted.**