



SERVICIOS DE SALUD ESCOLARES

Nos complace informarle sobre los servicios integrales de salud escolar de InclusivCare (InclusivCare.com), disponibles en el campus. Nuestro objetivo es proporcionar un entorno seguro y de apoyo para que pueda acceder a servicios de salud esenciales directamente en la escuela.



Servicios Médicos

Chequeos generales de salud, tratamiento de enfermedades menores y manejo de condiciones crónicas.



Exámenes Físicos

Exámenes físicos requeridos para deportes y evaluaciones de salud para mantener a su hijo activo y saludable.



Vacunas

Inmunizaciones actualizadas para proteger a su hijo de diversas enfermedades.



Salud Mental

Consejería confidencial y apoyo para el bienestar emocional y las necesidades de salud mental.

Nuestros servicios están diseñados para ser amables, accesibles y confidenciales, para que se sienta cómodo al buscar ayuda. Entendemos que la salud es una parte vital de su éxito en la escuela, y estamos aquí para apoyarlos.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Para recibir estos servicios, los estudiantes deben tener formularios de consentimiento firmados archivados en la clínica. Asegúrese de que haya completado y devuelto el papeleo requerido al centro de salud escolar.

ESCANEE AQUI



Si tiene preguntas o necesita formularios de consentimiento, comuníquese con la oficina de salud escolar al **504-762-8490**. ¡Gracias y GO HURRICANES!

Centro de Salud Escolar de Jefferson Parish

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INSCRIPCIÓN

ESCUELA: _____ GRADO: _____

NOMBRE DE LA/EL ESTUDIANTE: _____ Número del Seguro Social _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento de la/el estudiante: _____ Edad _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

IDIOMA QUE PREFIERE: _____ Inglés _____ Español _____ Francés _____ Otro _____

Raza: _____ Blanca _____ Negra/afroamericana _____ Asiática _____ Indígena estadounidense/nativo de Alaska _____ Nativo de Hawaii/isleño del Pacífico

_____ Más de una raza ETNIA: _____ Hispano o latino _____ Ni hispano ni latino

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Padre/madre/tutor/tutora 1: _____ Relación: _____ Teléfono: _____;
(Hogar/celular) (trabajo)

Padre/madre/tutor/tutora 2: _____ Relación: _____ Teléfono: _____;
(Hogar/celular) (trabajo)

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____;
(Hogar/celular) (trabajo)

Correo electrónico para inscribirse para el acceso al portal para padres: _____

SEGURO: ☐ Medicaid ☐ Seguro comercial (privado) ☐ Sin seguro

Nombre de la compañía de seguro: _____

Nro. de póliza de seguro/Medicaid _____

Encierre UNA opción con un círculo: Aetna * Healthy Blue LA * LA Healthcare Connections * United Healthcare * Humana * AmeriHealth Caritas

Nro. de grupo de seguro/Medicaid _____ Teléfono: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el/la estudiante _____

Fecha de nacimiento del titular: _____ Nro. de Seguro Social del titular _____

¿Su seguro paga las recetas? ☐ Sí ☐ No

Adjunte una copia del frente y dorso de su tarjeta de seguro a esta solicitud de inscripción para los servicios de salud escolares.

Los servicios se proporcionan a los estudiantes sin gastos corrientes para los padres. Se facturará al seguro o a Medicaid.

Farmacia que prefiere (nombre y ubicación) _____ Teléfono: _____

Proveedor de atención primaria de la/el estudiante: _____ Teléfono: _____

Marque si el/la estudiante no tiene proveedor de atención primaria ☐

Terapeuta o psiquiatra de la/el estudiante: _____ Teléfono: _____

Proveedor odontológico de la/el estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene acceso a un teléfono inteligente, tableta o computadora? _____ Sí _____ No ¿Tiene acceso a WIFI? _____ Sí _____ No

Debe tener en cuenta: Todos los avisos de privacidad del paciente y el consentimiento informado para los servicios de telemedicina están disponibles previa solicitud y se publican en la página del centro de salud escolar en línea en

ipschools.org/SBHC

Nombre de la/el estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

ANTECEDENTES DEL PACIENTE (Marque los puntos que se apliquen a los antecedentes médicos de su hijo/a)

Marque en caso afirmativo ✓		Marque en caso afirmativo ✓		Marque en caso afirmativo ✓	
	TDAH		Problemas cardíacos (por ej., soplo cardíaco)		Problemas de habla
	Alergias		Problemas auditivos		Consumo de sustancias
	Anemia		Presión arterial alta		Problemas estomacales
	Asma		Jaquecas/migrañas		Fuma
	Defectos congénitos: _____		Problemas renales		Convulsiones/epilepsia
	Trastornos hemorrágicos		Discapacidades del aprendizaje		Problemas de tiroides
	Problemas óseos o articulares		Lesiones graves		Amigdalitis/faringitis
	Varicela (en caso negativo, fecha de vacunación) _____		Diagnóstico de salud mental (por ej., depresión, ansiedad): _____		Infecciones urinarias
	Diabetes o prediabetes		Palpitaciones		Problemas de visión
	Mareos/desmayos		Nacimiento prematuro		Otro: _____
	Infección en el oído		Dificultad para respirar		Otro: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES (Marque los puntos que se apliquen a los antecedentes médicos de su familia)

Marque en caso afirmativo ✓		¿Qué familiar?	Marque en caso afirmativo ✓		¿Qué familiar?
	Alcoholismo/consumo de drogas			Trastorno genético: _____	
	Alergias (insectos, alimentos, medicamentos, etc.)			Ataque cardíaco antes de los 55 años	
	Anemia			Cardiopatía	
	Asma			Presión arterial alta	
	Trastornos hemorrágicos			Problema de salud mental Indicar: _____	
	Cáncer			Convulsiones	
	Depresión, suicidio			Tuberculosis	
	Diabetes o prediabetes			Otro: _____	

ALERGIAS + MEDICAMENTOS

ALERGIAS DE LA/EL ESTUDIANTE

<u>ALERGIA</u> (indicar si se trata de alergias a medicamentos, alimentos, insectos, etc.)	<u>REACCIÓN</u>

MEDICAMENTOS DEL ESTUDIANTE

<u>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</u>	<u>CONCENTRACIÓN DE LA DOSIS</u>	<u>FRECUENCIA (cada cuánto tiempo)</u>

Nombre de la/el estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

HOSPITALIZACIONES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	✓ EN CASO AFIRMATIVO	AÑO O EDAD	HOSPITAL	Motivo para la hospitalización o la intervención quirúrgica
¿Su hijo/a fue ingresado/a alguna vez a un hospital por un problema médico?				
¿Su hijo/a se ha sometido a una intervención quirúrgica?				Apendicectomía Amigdalectomía y/o adenoidectomía Corrección de una hernia Ortopédica (tipo): Otra intervención (tipo):

SALUD DE LA CONDUCTA	✓ EN CASO AFIRMATIVO	EN CASO AFIRMATIVO, EXPLIQUE
¿Su hijo/a toma medicamentos para TDAH, depresión u otros problemas de salud mental?		
¿Hay problemas o inquietudes referidos a la salud de la conducta en este momento?		
¿Necesidades especiales que debamos conocer?		
¿Su hijo/a fue ingresado/a alguna vez a un hospital por un problema de salud mental?		

CENTROS DE SALUD ESCOLAR DE JEFFERSON PARISH, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Los siguientes medicamentos de venta libre* tienen la aprobación del médico del centro de salud para que la enfermera se los administre a su hijo/a si es necesario:

Paracetamol (Tylenol)	Gel o comprimidos de glucosa	Neosporin
Inhalantes de amoníaco	Guaifenesina o guaifenesina DM	Gel analgésico oral (Orajel o Anbesol)
Líquido antináuseas (Emetrol)	Crema o pomada de hidrocortisona al 1 %	Pepto Bismol
Antiácido estomacal (Pepcid o Zantac)	Agua oxigenada	Pastillas para el dolor de garganta
Bacitracina	Ibuprofeno (Advil)	Agua esterilizada
Benadryl (difenhidramina)	Alcohol isopropílico	Adherente cutáneo Stik It
Benzoína tópica	Imodium	Sudafed PE (comprimidos de 10 mg de fenilefrina HCl)
Betadine solución	Loratadina (Claritin)	Tums
Caladryl Clear	Lotrimin AF	Vaselina
Calamina loción	Maalox	Pomada con vitamina A y D
Chloraseptic aerosol	Medicine	Visine gotas oculares
Pastillas para la tos	Mylanta	Zyrtec
Debrox (gotas óticas para la eliminación de cerumen)	Aerosol de alivio nasal	
Solución de colirio	Lágrimas naturales	

*

Acepto que este/a estudiante puede recibir todos los medicamentos ofrecidos en el centro de salud escolar, excepto aquellos que escribí aquí: _____

Nombre de la/el estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Política y declaración de procedimiento:

El Centro de Salud Escolar (School Based Health Center, SBHC) de Jefferson Parish exigirá un formulario completo de consentimiento/inscripción para inscribir a los estudiantes para los servicios en el centro. Este formulario completo de consentimiento e inscripción tendrá validez siempre que los estudiantes asistan a la escuela dentro del mismo distrito escolar. El SBHC puede pedirle a padre/madre/tutor legal que complete un formulario anual de actualización. Antes de recibir servicios, todos los menores deben contar con un formulario de consentimiento de los padres actualizado en el archivo, con las siguientes excepciones: pacientes legalmente emancipados o todas las personas de 18 años o más. Todos los formularios de consentimiento de los padres son parte del registro médico permanente. Los formularios de consentimiento con firmas cuestionables pueden ser rechazados a discreción del personal del SBHC. Se define como padre, madre o tutor a los padres biológicos o adoptivos, en caso de divorcio, al padre o madre con la tutela legal, o un padre o madre sin tutela si el otro no está disponible. Si no hay una orden judicial, cualquiera de los padres puede prestar consentimiento. Los padres de acogida pueden prestar consentimiento por los menores a su cargo, pero deben presentar un documento firmado de los padres biológicos o de un tribunal. Los padres adoptivos, abuelos u otros familiares no pueden prestar consentimiento a menos que puedan presentar documentos que demuestren la tutela legal.

Este SBHC cumple el **artículo de la legislación revisada de Luisiana 37:1262** para el uso de la telesalud en la práctica de la prestación de atención médica, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento y la transferencia de datos médicos usando tecnología interactiva.

Comprendo que el programa de Salud Escolar para Adolescentes de la Oficina de Salud Pública (Office of Public Health, OPH) proporciona supervisión al SBHC y, como parte de dicho programa, el SBHC tiene la obligación de proporcionar información a la OPH. Por lo tanto, prestamos consentimiento para la divulgación de la información del SBHC a la OPH, o a su agente, en relación con el funcionamiento, la financiación y el control continuo de los centros de salud escolar. Acepto que la información del SBHC se comparta con la Oficina de Salud Pública o su agente en relación con el funcionamiento, la financiación y el control continuo de los SBHC.

Confidencialidad: Los SBHC cumplen todas las leyes actuales relacionadas con la confidencialidad de los servicios de salud en general y en particular en lo relativo a los servicios a menores. Todos los registros médicos y de salud mental son confidenciales y se mantendrán conforme lo indicado por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA). Expreso mi consentimiento para el intercambio de información de salud pertinente entre este SBHC de Jefferson Parish y el proveedor médico personal del estudiante ante la remisión para la atención médica. Puedo solicitar una copia del aviso de prácticas de privacidad de la organización que describe cómo se usa y comparte la información de salud. Comprendo que los SBHC de Jefferson Parish tienen el derecho a cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual poniéndome en contacto con el SBHC directamente o llamando al 504-341.4006.

El artículo de la legislación revisada de Louisiana 40:31.3 indica que: Los centros de salud en las escuelas tienen prohibido: (1) Orientar sobre el aborto o defenderlo de cualquier manera, o derivar a cualquier estudiante a cualquier organización para la orientación sobre el aborto o su defensa. (2) Distribuir en cualquier escuela pública cualquier fármaco, dispositivo o producto similar anticonceptivo o abortivo. Para denunciar violaciones de las prohibiciones contra la orientación para el aborto, su defensa o la remisión; o la distribución de fármacos, dispositivos o productos similares anticonceptivos o abortivos, póngase en contacto con el programa de Salud Escolar para Adolescentes en la Oficina de Salud Pública al 504.568.3504.

Mediante la firma de este consentimiento, está aceptando que el SBHC proporcione **atención sanitaria primaria, integral y preventiva, exámenes físicos, vacunaciones, exámenes colectivos de salud, pruebas de laboratorio o diagnósticas, pruebas para la detección de ITS y seguimiento, medicina de urgencias para enfermedades y lesiones menores, incluidos medicamentos, si están indicados, odontología (donde esté disponible), tratamiento de enfermedades crónicas, servicios de salud de la conducta, educación sanitaria y prevención, manejo del caso, remisión y seguimientos de emergencias, remisión a especialistas, evaluaciones de riesgos y servicios de telesalud.**

Yo, como padre/madre o tutor/a legal comprendo que no se me cobrará por ninguno de los servicios provistos en el SBHC. También comprendo que los SBHC de Jefferson Parish, InclusivCare Louisiana o el proveedor médico pueden facturarle a Medicaid u otros proveedores de seguros por estos servicios. Autorizo/asigno los pagos de beneficios autorizados directamente a los SBHC de Jefferson Parish y/o a InclusivCare. Comprendo que el SBHC es gestionado por Jefferson Parish Public School System y sus empleados y contratistas, InclusivCare.

Mediante mi firma a continuación reconozco que otorgo permiso para que este/a estudiante reciba los servicios provistos por el SBHC. Este consentimiento tiene validez mientras el/la estudiante esté inscripto/a en una escuela pública de este distrito escolar, a menos que se notifique al SBHC por escrito que ya no deseo que el/la estudiante reciba servicios.

Nombre impreso de padre/madre/tutor legal (o estudiante mayor de 18 años) Relación con el/la estudiante

Firma de padre/madre/tutor legal (o estudiante mayor de 18 años) Fecha

Puede entregarse una copia duplicada de este documento a los padres o tutores ante su solicitud.