# Centro de Salud Trojan

**Localizado en la Escuela Sparta**
**450 N Main Street**
**Sparta, NC 28675**
**Phone:** (336) 372-5641 ext. 1200
**Email:** sbhc@apphealth.com


11 de Agosto, 2025

Estimado Padre/ Tutor,

¡Bienvenidos de regreso a la escuela, familias de las Escuelas del Condado de Alleghany!

El Centro de Salud Trojan es un centro de salud escolar ubicado en la Escuela Sparta el cual brinda atención médica integral, coordinada en la escuela - un lugar confiable donde los estudiantes pasan gran parte de su tiempo. Los servicios proporcionados por el centro incluye: cuidados a condiciones como (tos, resfriados, secreción nasal, etc.), pruebas de estreptococo y gripe, hemoglobina y pruebas de glucosa, controles anuales de bienestar, exámenes físicos para deportes, exámenes de visión y audición. También ofrecemos salud conductual y servicios de nutrición para estudiantes. Además, si su hijo(a) no está bajo el cuidado de un dentista con regularidad, la clínica dental portátil de AppHealthCare brindará servicios dentales este año escolar.

El Centro de Salud Trojan contará con una enfermera practicante de medicina, una enfermera registrada, personal de administración especializado y proveedor de salud conductual. Trabajamos en estrecha colaboración con el equipo de liderazgo de AppHealthCare, incluyendo el director médico de AppHealthCare, por los servicios prestados.

Estamos aquí para proporcionar servicios de atención médica para su hijo(a) durante el día escolar. Esto evita que su hijo (a) tenga que salir de la escuela para una cita con el médico y a usted le permite permanecer en el trabajo durante el día. No tomamos el lugar de su proveedor médico primario y no tiene que cambiar de médico para utilizar nuestros servicios. Brindamos atención a su hijo(a) en complemento a los servicios del proveedor médico primario de su hijo y le enviamos actualizaciones sobre el tratamiento que su hijo (a) recibe.

Si está interesado en que su hijo (a) reciba servicios en el Centro de Salud Trojan, complete este paquete de inscripción en su totalidad e incluya una copia de la tarjeta de seguro médico de su hijo (a), si la tiene. Con gusto le podemos hacer una copia de la tarjeta del seguro de su hijo (a) en el Centro de Salud si así lo prefiere. Tenga la seguridad de que no se le cobrará ningún copago en el Centro de Salud Trojan. Esperamos poder trabajar con usted este año escolar para brindar a su hijo(a) una atención óptima. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al centro al (336) 372-5641 ext. 1200 ó envíenos un correo electrónico a sbhc@apphealth.com.

Gracias por permitirnos brindar estos servicios importantes de atención médica a su hijo (a).

Atentamente,

Personal del Centro de Salud Trojan

# REGISTRACION DEL PACIENTE ESTUDIANTE

Centro de Salud con Base en la Escuela
Forma de Registración del Paciente
Año Escolar 2024-25

Nombre del Niño(a): _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: ☐ Masculino | ☐ Femenino

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de la Casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Condado: _____Grado del Estudiante: _____ Escuela del Estudiante:_____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Celular: _____

**Método de Contacto Preferido (marque uno):** ☐ Teléfono Casa | ☐ Teléfono del Trabajo | ☐ Celular | ☐ Mensaje de Texto (le pueden aplicar cargos)

Nombre del Padre o Madre: _____ Número de Seguro Social o ITIN: _____

Email del Padre/Madre: _____ Maestro Guía: _____

| **Raza (seleccione todos los que aplican):** | **Etnicidad (seleccione todos los que aplican):** | **Vivienda (seleccione todos los que aplican):** |
|---|---|---|
| ☐ Blanco<br>☐ Negro, Africano Americano<br>☐ Asiático<br>☐ Nativo de Hawaii<br>☐ Isleño del Pacifico<br>☐ Indio Americano o Nativo de Alaska<br>☐ Más de una raza<br>☐ No se o me niego a contestar<br>☐ Otra | ☐ Hispano Latino<br>☐ No-Hispano Latino<br>☐ No deseo contestar | ☐ Tengo vivienda<br>☐ Sin Hogar<br>☐ Me niego a contestar |

Lenguaje Preferido (seleccione): ☐ Ingles | ☐ Español | ☐ Otro Lenguaje :_____

País de Origen: _____

| **Nombre de Contacto de Emergencia** (si es diferente a la del padre/madre) | **Número de Teléfono de Emergencia** (NO el número de teléfono del paciente) | **Parentesco con el Paciente** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Last Updated: 07/2025

**Fecha del Ultimo Examen Físico:** _____ Si no sabe la fecha marque aqui: ☐

**Información de Salud del Paciente -** Esta información es usada para enviar la información al médico de cuidados primarios.

Nombre del Proveedor de Cuidados Primarios: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____

*Si no tiene un dentista, le gustaría que le refirieramos al Centro de Salud Dental de AppHealthCare?*
☐ Si, prefiero que mi hijo(a) sea atendido en la escuela. ☐ Si, por favor llamenme para hacerle una cita.

Hospital Preferido: _____

Farmacia Preferida: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

**Por favor liste todos los medicamentos y dosis que su hijo(a) esta tomando actualmente:**

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

**Información del Seguro Médico** **** Si es posible por favor incluya una copia de la tarjeta de la aseguranza***

Nombre del Seguro Médico (Póliza Principal): _____

Número de Póliza: _____ Número del Grupo: _____
*(El # de Póliza y Grupo no es necesario si nos provee una copia de la tarjeta.)*

Nombre del dueño de la Póliza: _____ Parentesco con el Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del dueño de la Póliza: _____

Fecha en que la Aseguranza se hizo efectiva: _____

**Información del Padre/Guardian**
Nombre de la Madre/Guardian: _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Teléfono Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

_____ _____

**Firma del Padre/Guardian** **Fecha** **Testigo (empleado de la clínica)** **Fecha**

# CONSENTIMIENTO PARA EL SERVICIO

Doy mi consentimiento para que los proveedores del Centro de Salud Escolar designados por AppHealthCare brinden u organicen servicios para satisfacer mis necesidades/ y las de mi hijo (a). Estos servicios pueden incluir cualquiera o todos los siguientes:

- Evaluación médica, incluyendo historial, examen físico y pruebas de laboratorio de rutina hechas en la oficina.
- Tratamiento de lesiones y enfermedades, incluyendo cualquier receta necesaria no que no sea medicina para el dolor.
- Consejería, evaluación, consulta y referencia a los servicios apropiados.
- Prevención e intervención del abuso de sustancias (tabaco).
- Servicios de trabajor social o referencia
- Orientación sobre nutrición

**Servicios Confidenciales**
Entiendo que el Estatuto General de Carolina del Norte 90-21.5 protege el derecho de un menor a recibir servicios relacionados con enfermedades de transmisión sexual, embarazo, abuso de drogas y trastornos emocionales sin el consentimiento de los padres. Entiendo que a los proveedores médicos no les permite notificar a los padres/tutores sobre los servicios prestados en estas áreas a menos que la situación, en la opinión del proveedor médico, indique que la notificación es esencial para la vida o la salud del menor. Además, entiendo que el personal del Centro de Salud hará todos los esfuerzos posible para animar a mi hijo a discutir los problemas y servicios conmigo.

Para los servicios no designados como confidenciales, entiendo que se me informará y se me pedirá que autorice los tratamientos para mi hijo(a), que no sean tratamientos médicos o de venta libre. En caso de que mi hijo(a) menor de edad requiera atención médica urgente y no se me pueda localizar, solicito que se le permita a mi hijo(a) autorizar su propio cuidado con el entendimiento de que me contactarán lo antes posible. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS ASPECTOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA SI SE RECOMIENDA EL SEGUIMIENTO O LA REMISIÓN A OTRO PROVEEDOR.

**Acceso a los Servicios las 24 horas del día, los 7 días de la semana**
El Centro de Salud Trojan abre de 7:30 am a 4:00 pm de lunes a viernes, cuando la escuela está en sesión. Entiendo que si mi hijo(a) necesita atención médica fuera del horario de atención, primero debo comunicarme con mi proveedor de atención primaria. Entiendo que si mi hijo(a) tiene una emergencia que amenaza la vida, debo llevarlo(a) directamente al departamento de emergencias o llamar al 911. Si mi hijo(a) tiene una emergencia de salud mental, entiendo que debo comunicarme con la línea directa de la Unidad Móvil de Salud Mental de Daymark al (866) 275-9552.

**Confidencialidad de Registros Médicos**
Doy permiso para que la información en el registro médico se comparta con mi proveedor de atención primaria para coordinar la atención. Con el fin de proteger la confidencialidad de los servicios prestados a través del Centro de Salud, solicito que el registro de mi hijo(a) se mantenga confidencial y no se libere excepto como este autorizado, a mí ni a ninguna otra persona sin mi consentimiento o el de mi hijo(a) Entiendo que el registro de mi hijo(a) es propiedad de AppHealthCare y que la información contenida se mantendrá confidencial de acuerdo con las leyes estatales y la práctica médica aceptada.

**Liberación de Información para el Pago**
Doy permiso para que la información en los registros médicos se use para cobrar a pagadores terceros, como Medicaid u otro seguro, y para fines de evaluación y administración del programa de manera estrictamente confidencial de acuerdo con la ley y la práctica médica aceptable. Este consentimiento para divulgar información autoriza a AppHealthCare a divulgar a cualquier pagador tercero indicado como responsable del pago de este período de tratamiento y divulgación de información de mi expediente médico, o cualquier otra información, para verificar la elegibilidad y confirmar los beneficios, y asegurar el pago de los cargos, tanto durante como después de mi visita.

**Asignación de Beneficios del Seguro**
Por la presente, autorizo el pago directamente a AppHealthCare de los beneficios del seguro que de otro modo se me pagarían a mi, incluidos los beneficios médicos y quirúrgicos, sin exceder el cargo razonable y habitual por estos servicios prestados por dicho centro. Autorizo el reembolso de los beneficios del seguro pagados en exceso de acuerdo con las condiciones de mi póliza de seguro en la que la cobertura está sujeta a una cláusula de coordinación de beneficios.

**Certificación de Paciente de Medicaid**
Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago según las pautas de Medicaid y el Título XIX de la Ley del Seguro Social es correcta y solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

**Validez**
Esta autorización es válida por el tiempo necesario para procesar los reclamos por los cargos incurridos. Este consentimiento para el tratamiento y la atención permanecerá vigente hasta que el estudiante termine la escuela o cumpla los 22 años, a menos que antes se revoque y se entregue por escrito al Centro de Salud.

Entiendo que al firmar este documento autorizo a mi hijo(a) a recibir los servicios ofrecidos por el Centro de Salud, incluyendo diagnóstico, tratamiento, consejería y servicios sobre dieta.
*Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.
*Entiendo que puedo rechazar cualquier servicio ya sea por solicitud verbal o escrita al personal del Centro de Salud.
*Entiendo que este consentimiento es voluntario y válido durante todo el tiempo que mi hijo(a) esté inscrito en las Escuelas del Condado de Alleghany, siempre y cuando yo proporcione información actualizada sobre el seguro médico y la inscripción cada año escolar o según sea necesario.

Al firmar esta declaración, confirmo que he recibido, leído y entendido los siguientes documentos:
1. Formularios de Registro y Consentimiento para Servicios
2. Política de Cobro, Aseguranza y Consentimiento de Servicios de Colección
3. Derechos y Responsabilidades de los Padres y Estudiantes
4. Aviso de Prácticas de Privacidad

_____

Firma del Padre/Representante Legal Fecha

**Nombre del Estudiante:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

**Historial Médico General**

1. **¿Usted considera que su hijo(a) esta saludable?**
   □ Si □ No □ No se

   Si contestó no, explique:

   _____

2. **¿Tiene su hijo(a) una enfermedad o condición médica seria?**
   □ Si □ No □ No se

   Si contestó si, explique:

   _____

3. **¿Ha tenido su hijo (a) alguna cirujía)?**
   □ Si □ No □ No se

   Si contestó si, explique:

   _____

4. **¿Alguna vez ha sido hospitalizado su hijo(a)?**
   □ Si □ No □ No se

   Si contestó si, explique:

   _____

5. **¿Es alérgico su hijo(a) a alguna medicina o droga?**
   □ Si □ No □ No se

   Si contestó si, explique:

   _____

6. **¿Usted siente que su familia tiene suficientes alimentos para comer?**
   □ Si □ No □ No se

   Si contestó no, explique:

   _____

# Centro de Salud Trojan: Centro de Salud con Base en la Escuela (SBHC)

**Autorización de la Escuela Intermedia del Condado de Ashe para el Uso y la Divulgación de Información de Salud Protegida**

Este formulario implementa los requisitos para la autorización del estudiante para usar y divulgar información médica protegida por la ley federal de privacidad de la salud (45 C.F.R. partes 160, 164), la ley federal de confidencialidad de drogas y alcohol (42CFR, parte 2) y la ley estatal de confidencialidad que rige la salud mental, discapacidades del desarrollo y servicios de abuso de sustancias (GS 122C).

Por la presente, autorizo a los **Proveedores Profesionales Autorizados del Centro de Salud Trojan /AppHealthCare** a divulgar y/o compartir información médica protegida con: **Escuelas del Condado de Alleghany**.

La siguiente información protegida: (Brinda una descripción específica y significativa de la información que se usará o divulgará)
Resultados de la Evaluación Psicológica, documentación de la Evaluación Clínica Integral, plan de Tratamiento, notas de Progreso, registros médicos, estado del estudiante, participación en los servicios, progreso realizado, dinámica e historial familiar, problemas de seguridad, recomendaciones, estado escolar, inquietudes de la escuela, calificaciones, pruebas, problemas de comportamiento , progreso escolar, plan de tratamiento, impresiones clínicas, problemas de uso/abuso de sustancias, tratamiento e historial.

El propósito de la Divulgación:
Coordinación de servicios, participación en los Programas de Terapia con Base en la Escuela y el Centro de Salud Trojan, y planificación del tratamiento.

**REDIVULGACIÓN**

Una vez que se divulgue la información de conformidad con esta autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad de la salud (45 C.F.R. Parte 164) que protege la información de salud puede que no aplique al destinatario de la información y, por lo tanto, no puede prohibir que el destinatario la vuelva a divulgar. Sin embargo, otras leyes pueden prohibir la divulgación. Cuando esta agencia divulga información sobre salud mental y discapacidades del desarrollo protegida por la ley estatal (G.S. 122C) o información sobre tratamiento por abuso de sustancias protegida por la ley federal (42 C.F.R. Parte 2), debe informar al destinatario de la información que está prohibida la divulgación, excepto como esté permitido o requerido por estas dos leyes.

**VENCIMIENTO Y REVOCACIÓN**

Entiendo que, con ciertas excepciones, tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito. Si no se revoca antes, esta autorización vence automáticamente un año después de la fecha en que se firma.

**AVISO DE VOLUNTARIEDAD**

Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de autorización. Una fotocopia legible o fax de esta autorización tendrá la misma fuerza y efecto que este original.

**FIRMAS**

Firma de la Persona Legalmente Responsable: _____ Fecha: _____

Especifique el Parentesco con el Estudiante y Escriba su Nombre Completo: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma Adicional Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

# INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA DE SALUD MENTAL

*Para una emergencia médica o de salud mental, marque 911.

| **Recursos Locales & Nacionales** | |
|---|---|
| **Enfermera fuera de horario de AppHealthCare** | (336) 372-5641 |
| **Número gratuito de la Unidad Móvil de Crisis de Daymark** | 1 (866) 275-9552 |
| **Línea gratuita 24/7 para Crisis de Vaya** | 1 (800) 849-6127 |
| **Lifeline: Línea Nacional de Prevención del Suicidio** | Llame o mensaje de texto o para platicar a 988lifeline.org |
| **Alleghany Health (hospital)** | (336) 372-5511 |
| **Oficina del Sheriff del Condado de Alleghany** | (336) 372-4455 |
| **Servicios DANA (Abuso domestico no es aceptable)** | (336) 372-3262 Linea de Crisis Gratuito (866) 261-3262 |
| **Recurso para LGBTQ: Trevor Lifeline** | (866) 488-7386 |

Last Updated: 07/2025