

SERVICIOS DEL CENTRO DE RECURSOS DE SALUD ESCUELA SECUNDARIA Y PREPARATORIA BROOKLYN CENTER

El Centro de Recursos de Salud, ubicado en la Escuela Primaria STEAM de Brooklyn Center, ofrece servicios de salud gratuitos y de bajo costo para los estudiantes de Brooklyn Center (algunos servicios también están disponibles para miembros de la comunidad).

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y no asegurados
- Disponible para estudiantes de BCCS

SERVICIOS MÉDICOS

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y no asegurados
- Residentes de Brooklyn Center de 0 a 19 años y estudiantes de Brooklyn Center
- Servicios sin cita previa en Brooklyn Center STEAM (BCS) martes/jueves de 1 a 5 p. m. durante el año escolar
- Servicios sin cita previa en Early College Academy (ECA) martes de 11:30 a 1 p. m. durante el año escolar [solo estudiantes de ECA y Centaur Beginnings]
- Nota: Durante las vacaciones escolares, el horario puede cambiar. Llame a la clínica para programar una cita.

SERVICIOS DENTALES

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y no asegurados
- Cualquier persona de 0 a 26 años o embarazada

EXÁMENES DE LA VISTA Y ANTEOJOS

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y no asegurados

SERVICIOS Y EDUCACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y no asegurados

AYUDA CON LA SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO

- Referencias GRATUITAS

SERVICIOS DE APOYO PARA VIOLENCIA SEXUAL Y RELACIONES

- GRATIS

EXÁMENES DE SALUD QUÍMICA

- GRATIS
- Disponible para estudiantes de BCCS Incluye asistencia con preguntas/inquietudes sobre el consumo de alcohol o drogas.

Ubicado en la escuela secundaria y preparatoria Brooklyn Center
6500 Humboldt Ave. N., Brooklyn Center, MN
Para programar una cita, llame al 763-314-8374.



**BROOKLYN
CENTER
COMMUNITY
SCHOOLS**
HEALTH RESOURCE CENTER

CENTRO DE RECURSOS PARA LA SALUD DE BROOKLYN CENTER CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA

Los niños y los jóvenes, desde el nacimiento hasta la graduación de la escuela secundaria, que vivan, trabajen o asistan a la escuela en el distrito escolar de Brooklyn Center, son elegibles para recibir atención médica gratuita en el Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center. Para que reciban los servicios médicos que se mencionan a continuación, debe completar este formulario de consentimiento y entregarlo al Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center.

Doy permiso para que mi hijo use los servicios médicos del Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Permitiré que mi hijo reciba **TODOS*** los servicios médicos, que incluyen lo siguiente:

- **Atención de rutina:** tratamiento de afecciones menores como resfriados, gripe, infecciones, dolores de cabeza, dolores de oído, dolores de garganta, esguinces, cortes, quemaduras, problemas cutáneos, dolor estomacal y dolor de espalda; exámenes físicos para deportes; exámenes de la vista y la audición; y vacunas.
- **Educación para la salud:** control del peso, asesoramiento sobre dietas especiales, prevención del consumo de tabaco y promoción de la seguridad.
- **Servicios de laboratorio:** análisis de sangre y de orina de rutina, exudados faríngeos y análisis de la diabetes.
- **Asesoramiento:** ayudar a lidiar con el estrés, la ansiedad, la depresión, el abuso y la negligencia, salud mental, desarrollo del autoestima y prevención del suicidio.

*** IMPORTANTE:** si de los servicios mencionados anteriormente hay alguno que no quiere que su hijo reciba, táchelo. Solo recibirá aquellos servicios que permanezcan en la lista. Tenga en cuenta que la ley de Minnesota permite que su hijo reciba tratamiento, sin su permiso o consentimiento, para infecciones de transmisión sexual, dependencia de sustancias, y embarazo y afecciones asociadas con el embarazo, incluida la prevención del embarazo.

Alergias

Mi hijo tiene las siguientes alergias: _____

Medicamentos

Mi hijo recibe los siguientes medicamentos: _____

¿Tiene seguro médico? **SÍ** _____ **NO** _____

Pedimos esta información solo para coordinar con el programa Minnesota Vaccine for Children. Las visitas médicas al Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center son gratuitas y no se le cobrarán a su seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

(Padre, madre o tutor)

Relación con el estudiante: _____ Teléfono para llamar durante el día: _____

Este formulario de consentimiento se archivará en la clínica y será válido durante un año académico. Se requiere un consentimiento por escrito anualmente.

Devuelva el formulario firmado a _____



CENTRO DE RECURSOS PARA LA SALUD DE BROOKLYN CENTER
CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN LIMITADA 18+

Doy permiso para que el Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center brinde información limitada sobre mí a los empleados del distrito escolar de Brooklyn Center que están involucrados en operaciones del centro de salud.

Comprendo que un empleado de la escuela brinda ciertos servicios administrativos al Centro de recursos para la salud de Brooklyn Center. Estos servicios pueden incluir lo siguiente: ayudar a programar citas, hacer firmar los formularios, y ayudar en la comunicación con el personal de enfermería de la escuela si también está involucrado en mi atención médica. El empleado de la escuela mantendrá la confidencialidad de toda la información que obtenga sobre mí y no la compartirá con otros en la escuela, a menos que sea necesario para coordinar mi atención.

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Firma _____

Fecha _____

Este permiso es válido durante un año desde la fecha de la firma, a menos que yo lo revoque.

Devuelva el formulario firmado a _____

Autorización para examen dental y tratamiento en la escuela

Children's Dental Services (CDS) provee cuidado dental en la escuela, incluyendo exámenes, radiografías, limpiezas, fluoruro, sellantes, rellenos, coronas, extracción de dientes primarios, fluoruro de diamina de plata (SDF en inglés), y otros, de ser necesarios, durante el horario escolar regular. **Si usted quiere que su hijo/a reciba cuidado dental, por favor llene este formulario y devuélvalo a la enfermera escolar. Este consentimiento será válido por una año a partir de la fecha de la firma.**

Solo complete este formulario si desea que su hijo/a sea visto exclusivamente por proveedores dentales de CDS.

Información de niño/a

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Primero Segundo Apellido(s) mm dd aaaa

Sexo: Masculino Femenino **Pronombres:** _____ **Lenguaje del hogar:** _____

Escuela: _____ **Grado escolar:** _____

Información de guardián

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Primero Segundo Apellido(s) mm dd aaaa

Dirección: _____
Número Calle Apt/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Números telefónicos: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____@_____

Historial médico del/la paciente

1. ¿Su hijo/a ha visto a otro dentista en los últimos 6 meses? No Sí, ¿dónde? _____
 Fecha aproximada de la última visita: ____/____/____ y radiografías: ____/____/____
mm dd aaaa mm dd aaaa

2. ¿Está teniendo su hijo/a algún dolor o preocupación dental? No Sí, explique: _____

3. Indique si alguno de los siguientes le aplica al/la paciente **marcando cada caja:**

Déficit de atención e hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependencia a sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes labial/ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad de desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiación/Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión / Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma/Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espectro de autismo (ASD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis**	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dermatitis/Problemas de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Embarazo actual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, fecha de parto: ____/____/____ (mm/dd/aaaa)		Otro: _____			

**Si respondió sí a tuberculosis, ha tenido un resultado positivo reciente y/o está en tratamiento actualmente? ¿Su doctor le ha indicado que su tuberculosis está latente o activa actualmente? _____

4. ¿Tiene alguna alergia? No alergias Plata Látex Colorante Comida: _____
 Droga: _____ Otro: _____ **Explique:** _____

5. ¿Está tomando algún medicamento, droga, vitamina o suplemento herbal? No Sí, liste cuáles: _____

6. ¿Ha tenido alguna reacción inusual a anestesia dental? No Sí, explique la reacción: _____

7. ¿Ha tenido sangrado excesivo que requiera tratamiento especial? No Sí

8. ¿Ha visto a un doctor o ha sido hospitalizado en los últimos dos años? No Doctor Razón: _____

9. ¿Ha tenido alguna cirugía u operación? No Sí, explique la razón: _____
_____. Si tuvo complicaciones, ¿cuáles? _____

Información de aseguranza dental (Respuesta requerida)

• Nuestros servicios se facturan directamente a la aseguranza dental de su hijo/a, así que información de aseguranza completa es necesaria para poder verle. Por favor, conteste las siguientes preguntas **completamente**:

Aseguranza dental de estado de Minnesota (MA) # de PMIO Medicaid ID : 0

Aseguranza privada. Llene la siguiente información para el **suscriptor**:

Nombre de compañía de aseguranza: _____ Número de servicio al cliente: (____) _____ - _____

Empleador: _____ Nombre de empleado: _____
Primero Inicial Apellido(s)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ # ID miembro: _____ # grupo: _____
mm dd aaaa

• Si su hijo/a no tiene aseguranza, CDS le puede ayudar a solicitar a la aseguranza del estado de MN u ofrecerle un costo reducido a familias que cualifican dependiendo su ingreso. Si no tiene aseguranza, indique su interés:

Ayuda solicitando al seguro del estado Descuento con CDS

Reconocimiento

Yo le doy permiso a CDS a proveer un examen dental, servicios preventivos y el tratamiento de restauración requerido. Específicamente, doy permiso a hacerle tratamientos rutinarios dentales a mi hijo/a, incluyendo exámenes, radiografías, limpiezas, fluoruro, fluoruro de diamina de plata (SDF), y sellantes plásticos. Comprendo que empleados de CDS me contactarán para consentimiento informado adicional para proveer procedimientos restaurativos, como rellenos, coronas, extracciones de dientes primarios, anestesia dental, y otros tratamientos necesarios, y es mi responsabilidad proveer información de contacto correcta.

Entiendo que hay riesgos asociados con cualquier procedimiento, pero que estos riesgos a menudo superan los beneficios de tal tratamiento. Los riesgos de **no** recibir tratamiento incluyen los siguientes:

- Dolor dental, infección y/o absceso causando dolor, fiebre, hinchazón, con la posibilidad de infección esparcirse a otras partes del cuerpo y causar complicaciones potencialmente mortales
- Dificultad masticando y/o manteniendo buena nutrición
- Inflamación de la encía
- Desarrollo de un quiste en el tejido de la encía
- Hinchazón facial
- Sensibilidad en los dientes al frío o calor
- Dolor persistente, mal aliento, sabor desagradable en la boca y dificultad para abrir la boca
- Pérdida de dientes

También comprendo que, aunque poco comunes, hay ciertos riesgos inherentes y potenciales en cualquier plan de tratamiento o procedimiento, y que dichos riesgos operativos incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

- Sangrado ocasional de las encías que puede durar hasta 12 horas
- Hinchazón de la cara, dolor o rigidez de la mandíbula que puede durar varios días
- Lesión a dientes, tejidos o rellenos adyacentes
- Fractura de la mandíbula y necesidad de tratamiento quirúrgico
- Reacción inesperada a la anestesia dental
- Herida al nervio subyacente a los dientes, resultando en entumecimiento, hormigueo, dolor u otras sensaciones perturbantes a los labios, mejillas, mentón, encías, dientes y lengua
- Infección del alvéolo dental luego de extracción de un diente permanente, resultando en dolor, sensibilidad o hinchazón
- Mordedura del labio mientras el efecto de la anestesia está presente

Al firmar este formulario de consentimiento, le doy permiso a CDS a facturar a la aseguranza cualquier servicio provisto al individuo indicado, y comprendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por la aseguranza. Para proveerle el cuidado más completo posible, le doy permiso a CDS a compartir la información de salud oral del/la paciente con la escuela.

Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha firmada, a menos que se revoque por escrito a CDS. Si tuve alguna otra pregunta acerca de los riesgos y beneficios de tratamiento, u opciones de tratamiento alternativas, contacté a un proveedor de CDS para hacer dichas preguntas, y fueron contestadas adecuadamente. He tenido tiempo adecuado para tomar la decisión de dar mi consentimiento libremente. El historial médico provisto fue es correcto según mi leal saber y entender, y si esto cambia, le informaré a CDS.

Firma de padre/madre/guardián legal (o estudiante de 18+ años)

Fecha (Válido por un año)