PAQUETE DE REGISTRO EN EL CENTRO DE SALUD UBICADO EN LA ESCUELA (SBHC) PARA ESTUDIANTES MAYORES DE 12 AÑOS

(SCHOOL-BASED HEALTH CENTER (SBHC) REGISTRATION PACKET FOR STUDENTS 12 AND OVER)

Estimado padre/madre/tutor:

El centro de salud ubicado en la escuela (SBHC) es una asociación entre ChristianaCare Health Services, su distrito escolar y la División de Salud Pública de Delaware (Delaware Division of Public Health). Esta carta es una invitación para inscribir a su hijo mayor de 12 años en el SBHC.

Un equipo multidisciplinario da la atención médica en el SBHC. Un clínico de práctica avanzada, un trabajador social clínico autorizado/consejero profesional autorizado de salud mental, un dietista certificado y un trabajador de salud comunitaria atienden en la escuela del niño.

Para inscribir al menor en el SBHC:

- Se necesita información actualizada del seguro, si el niño tiene. No le cobrarán ningún copago, coseguro ni deducible y no se rechazará a ninguna persona por su capacidad de pago.
- Revise, complete y firme el formulario de consentimiento adjunto.
- Complete el **formulario de registro del estudiante** y **el formulario de historia médica** adjuntos.
- Devuelva los formularios de inscripción/registro completados al SBHC.

Servicios que ofrece el SBHC:

Orientación (individual, familiar y grupal)	Prueba del VIH
Educación para la salud/para reducir riesgos	Servicios de salud reproductiva (con permiso de los padres)
Intervención para casos de crisis y prevención del suicidio	Exámenes físicos (para hacer deporte, para la escuela o para antes de la contratación)
Nutrición/manejo del peso	Evaluaciones de salud
Pruebas de embarazo	Vacunas
Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STD)	Diagnóstico y tratamiento de enfermedades/lesiones menores

Tenga en cuenta que el pediatra del niño o el médico de cabecera sigue siendo el proveedor de atención primaria del menor. El SBHC no reemplaza al pediatra ni al médico de cabecera, y los médicos y el personal de enfermería del SBHC trabajarán con el proveedor de atención primaria del menor para cuidarlo. El SBHC ofrece servicios que pueden completar la atención de su proveedor de atención primaria. Si corresponde, y con su autorización, intentaremos compartir la información con el médico del niño para evitar que se dupliquen los servicios de atención médica, y para atenderlo lo mejor posible. Si el menor no tiene médico, podemos ayudarlo a encontrar uno.

El personal del SBHC le agradece su tiempo. Junto a usted y al proveedor de atención primaria del niño, podremos trabajar para mantenerlo sano y que siga yendo a la escuela. Anime al pediatra o al médico de cabecera del menor a que llame al SBHC si tiene preguntas.

Si usted tiene preguntas o necesita más información, llame a su centro de salud ubicado en la escuela.

DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health

24771-S (10796)(0224)A

ChristianaCare

LISTA DE CENTROS DE SALUD UBICADOS EN LA ESCUELA
(SCHOOL-BASED HEALTH CENTER LISTING)

DISTRITO ESCOLAR DE APPOQUINIMINK
Appoquinimink High School
1080 Bunker Hill Road Middletown, DE 19709
Teléfono: 302-378-5960 Fax: 302-378-5050

Middletown High School
122 Silverlake Road
Middletown, DE 19709
Teléfono: 302-696-3140 Fax: 302-696-3141

Odessa High School
570 Tony Marchio Drive Townsend, DE 19734
Teléfono: 302-842-2640 Fax: 302-842-2641

DISTRITO ESCOLAR DE BRANDYWINE
Brandywine High School
1400 Foulk Road
Wilmington, DE 19803
Teléfono: 302-477-6750 Fax: 302-477-6753

Concord High School
2501 Ebright Road
Wilmington, DE 19810
Teléfono: 302-477-3960 Fax: 302-477-3963

Mt. Pleasant High School
5201 Washington St Ext.
Wilmington, DE 19809
Teléfono: 765-1100 Fax: 765-1107

ESCUELAS CHARTER
Wilmington Cab Calloway/Charter High Schools
100 N. DuPont Road Wilmington, DE 19807
Teléfono: 302-651-2100 Fax 302-651-2111

DISTRITO ESCOLAR DE CHRISTINA
Christiana High School
Middle School Honors Academy at CHS
190 Salem Church Road
Newark, DE 19713
Teléfono: 302-454-5421 Fax: 302-368-1421

Glasgow High School
1901 S College Ave
Newark, DE 19702
Teléfono: 302-369-1501 Fax: 302-369-1503

Newark High School
750 E Delaware Ave
Newark, DE 19711
Teléfono: 302-369-1606 Fax: 302-369-1609

DISTRITO ESCOLAR DE COLONIAL
William Penn High School
713 E. Basin Road
New Castle, DE 19720
Teléfono: 302-324-5740 Fax: 302-324-5745

DISTRITO ESCOLAR TÉCNICO Y VOCACIONAL DEL CONDADO DE NEW CASTLE
Delcastle Technical High School
1417 Newport Road
Wilmington, DE 19804
Teléfono: 302-892-4460 Fax: 302-892-3403

Hodgson Vocational Technical High School
2575 Glasgow Ave
Newark, DE 19702
Teléfono: 302-832-5400 Fax: 302-832-5407

Howard High School of Technology
401 E. 12th St.
Wilmington, DE 19801
Teléfono: 576-8080 Fax: 576-8084

St. Georges Technical High School
555 Hyetts Corner Road Middletown, DE 19709
Teléfono: 302-449-3370 Fax: 302-449-7194

DISTRITO ESCOLAR CONSOLIDADO DE RED CLAY
Alexis I. duPont High School
50 Hillside Road
Wilmington, DE 19807
Teléfono: 302-651-2640 Fax: 302-425-3392

Conrad Middle School and Schools of Science
201 Jackson Avenue
Wilmington, DE 19805
Teléfono: 302-992-5532 Fax: 302-636-5680

Dickinson High School y Middle School
1801 Milltown Road
Wilmington, DE 19808
Teléfono: 302-892-3270 Fax: 302-892-3274

McKean High School
301 McKennans Church Road
Wilmington, DE 19808
Teléfono: 302-636-5330 Fax: 302-636-5340

ChristianaCare

CNSNT

Centro de salud en la escuela (SBHC)
(School-Based Health Center (SBHC))

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS PARA ESTUDIANTES DE 12 AÑOS O MÁS
(CONSENT FOR SERVICES FOR STUDENTS 12 AND OVER)

Yo, _____ , doy mi consentimiento para _____ _____ /_____ /_____
(Padre/tutor legal del estudiante) (Nombre del estudiante) (Fecha de nacimiento)

que reside en: _____
(Dirección postal)

_____
(Ciudad, estado, código postal)

para recibir servicios de salud en el _____ Centro de salud en la escuela administrado por **ChristianaCare Health Services.**

Servicios que presta el centro de salud ubicado en la escuela:
- Evaluaciones de salud completas
- Vacunas
- Diagnóstico y tratamiento de problemas médicos.
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Detección de embarazo
- Remisión y seguimiento para atención dental, de la visión o de especialistas.
- Nutrición/manejo del peso
- Evaluaciones de trastornos de salud mental y uso de sustancias, intervención en crisis, asesoramiento y tratamiento. *
- Remisión a servicios de salud mental y abuso de sustancias, que incluyen atención psiquiátrica de emergencia, programas comunitarios y de apoyo.*

***Tenga en cuenta lo siguiente:** De acuerdo con la ley de Delaware, un menor de 14 años o más puede dar su consentimiento para recibir servicios de salud mental ambulatorios voluntarios y no se requiere el consentimiento de los padres.

Servicios no proporcionados por el centro de salud escolar:
- Tratamiento o pruebas de problemas de salud y de salud mental complejos
- Pruebas de laboratorio complejas
- Hospitalización.
- Radiografías,
- y atención de emergencia.

Servicios Optativos:
Si no desea que su hijo reciba los siguientes servicios optativos, marque NO a continuación. Si marca SÍ, su hijo podrá recibir cualquiera de estos servicios optativos.

Su decisión de recibir los servicios optativos no afectará la capacidad de su hijo de recibir los servicios mencionados anteriormente.

Los servicios optativos incluyen:
- Píldoras anticonceptivas
- Depo-Provera
- Preservativos
- Prueba de VIH
- NuvaRing

Deseo que mi hijo reciba servicios optativos:
☐ **Sí** ☐ **No**

Implante anticonceptivo (Nexplanon), SOLO PARA MUJERES
Nota: Se requiere un breve procedimiento en el SBHC para colocar y extraer el implante anticonceptivo (Nexplanon). Imágenes (ejemplo: Es posible que se necesite una radiografía) o una derivación para una colocación y extracción complicadas.

Mi hijo puede recibir Nexplanon:
☐ **Sí** ☐ **No**

ChristianaCare

Centro de salud en la escuela (SBHC)
(School-Based Health Center (SBHC))

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS PARA ESTUDIANTES DE 12 AÑOS O MÁS
(CONSENT FOR SERVICES FOR STUDENTS 12 AND OVER)

CONFIDENCIALIDAD:
Algunos servicios que ofrece este centro de salud escolar son confidenciales por ley. Si usted da su consentimiento para que su hijo reciba servicios confidenciales en el centro de salud escolar, de acuerdo con la ley de Delaware (Título 13 §710), no tendrá acceso a la información sobre estos servicios a menos que su hijo dé permiso al centro de salud en la escuela para compartir esa información. Esto incluye la siguiente información:

- Pruebas de embarazo
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- Servicios de salud reproductiva, incluidos los implantes anticonceptivos, a menos que se presenten complicaciones
- Prueba de VIH

Al dar mi consentimiento para permitir que mi hijo participe en el centro de salud escolar, reconozco y acepto lo siguiente:

Entiendo que la División de Salud Pública de Delaware («DPH») conserva la autoridad administrativa y proporciona fondos parciales para el Centro de Salud Escolar. Los miembros designados del equipo de los centros de salud escolares están obligados por ley a divulgar información específica del paciente al DPH con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, vigilancia o discapacidades en los Estados Unidos, incluido Delaware. La información que la ley exige y exige divulgar al DPH incluye las enfermedades de transmisión sexual, los datos de laboratorio, los nacimientos, las muertes, las reacciones adversas a los medicamentos, el abuso o negligencia infantil y la violencia doméstica. También se enviará otra información general al DPH para su seguimiento, pero esta información no se identifica, lo que significa que se elimina el nombre de mi hijo.

He tenido la oportunidad de revisar el resumen del Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de ChristianaCare Health Services, que también está disponible en árabe, bengalí, criollo haitiano, coreano, español y chino simplificado, solicitud previa.

Entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad completo está disponible a pedido. Entiendo que se puede facturar al seguro por los servicios cubiertos y acepto proporcionar información sobre el seguro antes de que se presten los servicios.

Comprendo que el Centro de Salud en la escuela no cobra copagos ni otros gastos de bolsillo por el uso de los servicios del Centro de Salud en la escuela.

Autorizo a ChristianaCare y a sus socios comerciales a utilizar cualquier número de teléfono proporcionado por mí o en nombre de mi hijo, independientemente de si se trata de un número de teléfono móvil o de si me pueden cobrar por la llamada o el mensaje de texto. Acepto que este número de teléfono pueda usarse para asuntos relacionados con la salud y las cuentas (incluidos los cobros) e incluir marcadores telefónicos automáticos y/o llamadas o mensajes de texto pregrabados.

Entiendo que no se requiere mi consentimiento para usar mi número de teléfono para recibir servicios de atención médica. Este consentimiento telefónico se aplica a todos los servicios pasados, presentes y futuros de ChristianaCare hasta que se revoque.

Comprendo que el Centro de Salud Escolar puede usar la telesalud para brindar servicios, incluidos servicios médicos, de salud mental y de trabajadores de salud comunitarios. La videoconferencia entre el estudiante y el proveedor o el trabajador de salud comunitario no implica el almacenamiento, la grabación o el archivo de datos. Los encuentros de telesalud están sujetos a la misma protección en virtud de las normas de privacidad de la HIPAA que las visitas presenciales.

Entiendo que la “telesalud” es el modo de prestar servicios de atención médica utilizando tecnología de comunicación digital para ayudar a evaluar, diagnosticar, consultar, educar, monitorear y administrar la atención y el tratamiento sin estar en el mismo lugar físico que el proveedor.

Entiendo que una visita de telesalud no es lo mismo que una visita en persona porque no estaré en la misma habitación que el proveedor. Entiendo que mi hijo no recibirá tratamiento mediante telesalud a menos que su afección respalde el uso de esta tecnología.

Entiendo que el proveedor no podrá completar un examen físico completo a través de la telesalud.

ChristianaCare

CNSNT

Centro de salud en la escuela (SBHC)
(School-Based Health Center (SBHC))

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS PARA ESTUDIANTES DE 12 AÑOS O MÁS
(CONSENT FOR SERVICES FOR STUDENTS 12 AND OVER)

Entiendo que la comunicación digital puede incluir, pero no se limita a, audio bidireccional, vídeo u otros en tiempo real comunicaciones, incluida la monitorización remota de los pacientes, las videoconferencias seguras o los mensajes de texto seguros con el equipo de atención.

Entiendo que el uso de los servicios de telesalud tiene beneficios, que incluyen, entre otros, una evaluación y un tratamiento médicos convenientes. También entiendo que existen riesgos relacionados con la telesalud, que incluyen, entre otros, la interrupción de la conexión que puede provocar que la visita se posponga o se realice con un método diferente y, en raras ocasiones, el acceso no autorizado a la información confidencial de mi hijo. En caso de una falla técnica, entiendo que debo comunicarme de inmediato con el consultorio de mi proveedor o, si se trata de una emergencia, marcar el 911.

Comprendo que las leyes que protegen la confidencialidad de la información médica de mi hijo también se aplican a la telesalud y que ChristianaCare utiliza protocolos de seguridad para ayudar a proteger la privacidad de mi hijo y garantizar que las comunicaciones confidenciales de mi hijo se envíen únicamente a los miembros del equipo de atención previstos.

Entiendo que ChristianaCare y el Centro de Salud en la escuela no grabarán el video ni el audio de la consulta de telesalud de mi hijo sin mi consentimiento en el momento de la grabación.

Doy mi consentimiento para que ChristianaCare obtenga mi información médica y le brinde servicios de atención médica a mi hijo a través de telesalud cuando y donde el proveedor o el equipo de atención lo determinen apropiado y necesario.

Entiendo que puedo rechazar o detener los servicios de telesalud y solicitar servicios alternativos, como una visita en persona, en cualquier momento.

Entiendo que, con mi permiso y a petición mía, mi hijo puede ser atendido en un centro de salud en la escuela diferente dentro del distrito escolar para recibir ciertos servicios.

Entiendo que este consentimiento puede revocarse por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a este consentimiento. Entiendo que cualquier solicitud por escrito debe enviarse al centro de salud en la escuela asociado con el cuidado de mi hijo.

Reconozco que toda la información del formulario de historial médico de registro y este consentimiento son precisos y completos.

Mi hijo y yo hemos leído este formulario detenidamente. Todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que puedo llamar al coordinador del centro de salud en la escuela si tengo alguna pregunta antes o después de firmar este consentimiento para los servicios.

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente y que he leído las declaraciones de consentimiento anteriores sobre los servicios que se ofrecen en el centro de salud en la escuela de mi hijo y acepto voluntariamente que mi hijo participe. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener de los servicios/tratamiento.

_____	_____	___/___/___	_____
Firma del paciente/representante (Patient/Representative Signature)	Relación del representante del paciente con el paciente (Patient Representative Relationship to Patient)	Fecha (Date)	Hora (Time)

Reconocido por:

_____	_____	___/___/___	_____
Firma del estudiante *(Student Signature)*	Nombre letra de molde *(Print Name)*	Fecha *(Date)*	Hora *(Time)*

ChristianaCare

CNSNT

ACUERDO DEL PROGRAMA DE TRABAJADORES DE SALUD COMUNITARIA (CHW)

(COMMUNITY HEALTH WORKER (CHW) PROGRAM AGREEMENT)

Los trabajadores de salud comunitaria de los centros de salud ubicados en las escuelas son parte del equipo de atención médica de ChristianaCare. Los CHW ayudan a los estudiantes y sus familias a conectarse con servicios y recursos. Dan educación sobre planificación de la vida y sobre cómo establecer objetivos mientras les dan a los estudiantes la capacidad de encontrar ellos mismos recursos dentro y fuera de la escuela.

Los trabajadores de salud comunitaria están certificados para ayudarte, _____ , para guiarte por el sistema de atención médica y también para trabajar en tus objetivos personales.
(Nombre del estudiante)

Lo que <u>PUEDE</u> hacer un trabajador de salud comunitaria si tú y un padre/madre/tutor están de acuerdo:

- Ser tu persona de apoyo para ayudarte a alcanzar tus objetivos de salud y de vida durante las próximas _____ semanas/meses. El trabajador de salud comunitaria se comunicará contigo, al menos, una vez a la semana, para hacer un seguimiento.
- Estar contigo cuando tengas citas médicas y ayudarte a hacer preguntas para asegurar que entiendes a tu proveedor.
- Reunirse contigo en las oficinas de servicios sociales, gimnasios o cualquier otro lugar fuera de la escuela que cumpla tus objetivos de salud o de vida.
- Pasar por tu casa para ver cómo estás o trabajar en los objetivos que tengas.
- Asegurarse de que tengas un médico de atención primaria y programar una cita si es necesario.
- Conectarte con recursos, como transporte, seguro, ayuda con la comida, ayuda con los servicios públicos (p. ej., agua, servicios de electricidad, etc.), consejería por problemas con las drogas y el alcohol, y más.
- Enviar mensajes de texto o llamar a tu teléfono personal antes o después del horario de escuela para ver cómo vas con tus objetivos. Puede haber tarifas por llamadas y mensajes.

Lo que no puede hacer un trabajador de salud comunitaria:

- Pagar alguno de tus medicamentos o servicios.
- Darte consejo o atención médica.
- Llevarte o traerte en su auto personal.

El trabajador de salud comunitaria hablará de tu atención con su jefe, quien supervisa su trabajo. El trabajador de salud comunitaria también hablará de tu atención con el equipo de SBHC para coordinar tu atención lo más posible. El trabajador de salud comunitaria protegerá tu privacidad y mantendrá la confidencialidad de tu información. La participación en este programa es voluntaria. Si decides no participar o dejar de trabajar con el trabajador de salud comunitaria, eso no afectará a tu atención médica, ni a tu cobertura de seguro en absoluto.

Reconocimiento del paciente:

He leído la información de arriba, o me la han leído. Firmando, acepto voluntariamente participar en el programa gratuito de trabajadores de salud comunitaria (Community Health Worker Program).

_____	_____	___/___/___	_____
Firma del estudiante	Nombre en letra de molde	Fecha	Hora
_____	_____	___/___/___	_____
Firma del padre/madre	Nombre en letra de molde ☐ Se dio consentimiento verbal	Fecha	Hora
_____	_____	___/___/___	_____
Firma de la persona que obtiene el consentimiento	Nombre en letra de molde	Fecha	Hora

Interpretation: The information has been presented to the: ☐ Patient ☐ Representative ☐ Decision Maker in:_____
Language

The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

_____	_____	___/___/___	_____
Interpreter Name	Agency and ID# (if applicable)		
_____	_____	___/___/___	_____
Witness Signature/Title	Print Name or ID#	Date	Time

ChristianaCare

CNSNT

DESIGNACIÓN DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES POR EL MENOR
(APPOINTMENT OF DECISION MAKER FOR MINOR)

Patient name:

Date of birth:

Yo , _____ , el/la _____ de este niño, asigno
(Nombre del padre/madre/tutor) (Relación con el menor)

a la siguiente persona para que tome decisiones por mi hijo _____ en mi ausencia:
(Nombre del menor)

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

☐ Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) ☐ Atención médica por enfermedad
☐ Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) ☐ Radiografías y análisis de laboratorio

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

☐ Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) ☐ Atención médica por enfermedad
☐ Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) ☐ Radiografías y análisis de laboratorio

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

☐ Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) ☐ Atención médica por enfermedad
☐ Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) ☐ Radiografías y análisis de laboratorio

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

☐ Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) ☐ Atención médica por enfermedad
☐ Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) ☐ Radiografías y análisis de laboratorio

Nombre de la persona encargada de tomar decisiones	Relación con el menor

Autorizo a la persona encargada de tomar decisiones mencionada arriba para que dé consentimiento para el tratamiento de lo siguiente:

☐ Mantenimiento de la salud de rutina (exámenes físicos) ☐ Atención médica por enfermedad
☐ Vacunas (firme el consentimiento para las vacunas) ☐ Radiografías y análisis de laboratorio

Autorizo a las personas mencionadas arriba a llevar a mi hijo para recibir atención médica y tratamiento. Esta designación de la persona alternativa para la toma de decisiones vence el: _____ /_____ /_____ o cuando el niño cumpla los 18
(Fecha)
años. Para cancelar esta designación de la persona encargada de tomar decisiones, entregue en este consultorio un aviso por escrito.

ChristianaCare

DESIGNACIÓN DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES POR EL MENOR
(APPOINTMENT OF DECISION MAKER FOR MINOR)

Patient name:

Date of birth:

_____	_____	___/___/___	_____
Firma de padre/madre/tutor *(Parent/Guardian Signature)*	Relación con el paciente *(Relationship to Patient)*	Fecha *(Date)*	Hora *(Time)*
_____	_____	___/___/___	_____
Firma del testigo *(Witness Signature)*	Nombre del testigo en letra de molde *(Witness Print Name)*	Fecha *(Date)*	Hora *(Time)*

Telephone Consent:

_____	_____		
Name of person providing consent	Relationship to Patient if Decision Maker		
_____	_____	___/___/___	_____
Witness Signature/Title	Witness Print Name or ID#	Date	Time
_____	_____	___/___/___	_____
Witness Signature/Title	Witness Print Name or ID#	Date	Time

Interpretation: The information has been presented to the: ☐ Patient ☐ Representative ☐ Decision Maker in: _____ Language

The person who provided the interpretation is a qualified medical interpreter.

_____	_____		
Interpreter Name	Agency and ID# (if applicable)		
_____	_____	___/___/___	_____
Witness Signature/Title	Print Name or ID#	Date	Time

ChristianaCare

AINFO

Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC)
(School-Based Health Center (SBHC))

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE
(PATIENT REGISTRATION)

Información en letra de molde del paciente (estudiante) (con pluma)

Grado: ☐ Pre-K ☐ K ☐ 1.º ☐ 2.º ☐ 3.º ☐ 4.º ☐ 5.º ☐ 6.º ☐ 7.º ☐ 8.º ☐ 9.º ☐ 10.º ☐ 11.º ☐ 12.º

Apellido del paciente: **Nombre:** **Segundo nombre:**

Nombre preferido: **Apodo:**

Sexo de nacimiento: ☐Masculino ☐Femenino

Idioma en el que prefiere comunicarse:

Identidad de género: ☐Masculino/hombre/niño ☐Femenino/mujer/niña ☐Masculino/hombre/niño transgénero ☐Femenino/mujer/niña transgénero ☐No binario, queer, o no exclusivamente masculino ni femenino ☐Prefiero no responder

Pronombres: ☐Él/lo ☐Ella/la ☐Elle/le ☐Ningún pronombre ☐Se niega a especificar ☐Otro: _____

Dirección: **Ciudad** **Ciudad** **Código postal**

Fecha de nacimiento:

Raza (marque todo lo que corresponda):
☐Indígena de las Américas o nativo de Alaska ☐Asiático ☐Negro o afroamericano
☐Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico ☐Blanco
☐Más de una raza ☐Se niega a responder/No disponible ☐Otra raza: _____

Etnia (Marque todo lo que corresponda):
☐Hispano/latino
☐Ni hispano ni latino
☐Se niega a responder/no disponible

Médico de atención primaria (médico de cabecera)
Nombre: _____
Número de teléfono: _____

Farmacia preferida:
Nombre: _____
Número de teléfono: _____

En caso de una emergencia comunicarse con:
Relación con el paciente: _____
Número de teléfono: _____

Número de teléfono celular del estudiante:

¿Tiene empleo el paciente?
☐Sí ☐No ☐No corresponde

Información de la madre/el padre/tutor

Nombre legal completo de la madre: **Fecha de nacimiento:**

Dirección: Teléfono de casa:

Dirección de email: Teléfono celular:

Nombre y dirección del empleador: Teléfono laboral:

Nombre legal completo del padre: **Fecha de nacimiento:**

Dirección: Teléfono de casa:

Dirección de email: Teléfono celular:

Nombre y dirección del empleador: Teléfono laboral:

Nombre del tutor (si no es la madre ni el padre): **Relación con el estudiante** **Fecha de nacimiento:**

Dirección: Teléfono de casa:

Dirección de email: Teléfono celular:

Nombre y dirección del empleador: Teléfono laboral:

▶ **Información del seguro (OBLIGATORIO) –** ***Envíe una copia de la parte de adelante y de la parte de atrás de la tarjeta del seguro***

ChristianaCare

Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC)
(School-Based Health Center (SBHC))

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE
(PATIENT REGISTRATION)

Fuente de pago por la atención, marque uno de las siguientes:	***Información del seguro secundario:***
☐ **Sin seguro**	
☐ **Proveedor de Medicaid:** _____	☐ **Proveedor de Medicaid:** _____
Número de Medicaid: _____	**Número de Medicaid:** _____
☐ **Seguro comercial:** _____	☐ **Seguro comercial:** _____
Número de póliza: _____	**Número de póliza:** _____
Nombre del suscriptor: _____	**Nombre del suscriptor:** _____
Relación con el estudiante: _____	**Relación con el estudiante:** _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____	**Fecha de nacimiento del suscriptor:** _____
☐ **Programa Niños Sanos de Delaware (Delaware Healthy Children Program)**	

Firma del padre/de la madre/ del tutor	Nombre en letra de molde	Relación con el estudiante	Fecha	Hora
			/ /	

ChristianaCare

ENCBASFRM

Centro de salud ubicado en la escuela (SBHC)
(School-Based Health Center (SBHC))

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA
(HEALTH HISTORY)

Se necesita una historia médica completa y precisa para que el personal del centro pueda proporcionar atención de alta calidad. Escriba toda la información en letra de molde y complete el formulario todo lo posible.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ /____ /____ Grado ____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

¿Tiene su hijo alguna alergia? (p. ej., a comidas, a medicamentos, al látex)
☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", menciónelas _____

Proporcione la siguiente información sobre los medicamentos que esté tomando su hijo.

Nombre de los medicamentos	Motivo por los que los toma	Desde cuándo los toma

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Fecha del último examen físico: ____ /____ /____

Marque cuál de los siguientes problemas ha tenido su **HIJO** alguna vez:

☐ Acné/problemas en la piel	☐ Diabetes	☐ Hepatitis	☐ Anemia falciforme
☐ TDAH/discapacidad del aprendizaje	☐ Depresión	☐ Presión alta	☐ Problemas de sueño
	☐ Desmayos	☐ Colesterol alto	☐ Lesiones deportivas
☐ Anemia	☐ Resfriados frecuentes	☐ Enfermedad de los riñones/la vejiga	☐ Problemas del estómago/intestino
☐ Ansiedad	☐ Dolores de cabeza	☐ Embarazo/Parto/Aborto espontáneo	☐ Intentos de suicidio
☐ Artritis	☐ Lesión en la cabeza	☐ Cardiopatía reumática	☐ Pensamientos suicidas
☐ Asma	☐ Enfermedades del corazón	☐ Escoliosis	☐ Abuso de sustancias
☐ Cáncer	☐ Soplo cardíaco	☐ Alergias estacionales	☐ Enfermedad de la tiroides
☐ Varicela	☐ Hemofilia	☐ Convulsiones	☐ Tuberculosis
☐ Fibrosis quística			

Si marca algo arriba, proporcione más información. _____

¿Ha sido su hijo hospitalizado alguna vez o recibió orientación relacionada con la salud emocional o conductual?
☐ No ☐ Sí, cuándo: _____ ¿Dónde? _____
Motivo: _____

Marque alguna de las siguientes enfermedades que sus **FAMILIARES** (padre, madre, hermano, hermana, abuelo, abuela, tía, tío, etc.) hayan tenido alguna vez y escriba qué familiar junto a la enfermedad.

☐ TDAH/discapacidad del aprendizaje _____	☐ Diabetes _____	☐ Obesidad _____
☐ Alcoholismo/Abuso de drogas _____	☐ Dolores de cabeza _____	☐ Convulsiones _____
☐ Anemia _____	☐ Enfermedad del corazón _____	☐ Anemia falciforme _____
☐ Artritis _____	☐ Hemofilia _____	☐ Derrame cerebral _____
☐ Asma _____	☐ Hepatitis _____	☐ Enfermedad de la tiroides _____
☐ Defectos congénitos _____	☐ Presión alta _____	☐ Tuberculosis _____
☐ Cáncer _____	☐ Colesterol alto _____	☐ Muerte sin causa aparente _____
☐ Fibrosis quística _____	☐ Enfermedad de los riñones/la vejiga _____	☐ Otro _____
☐ Sordera _____	☐ Enfermedad mental _____	

Firma del padre/de la madre/del tutor	Nombre en letra de molde	Relación con el estudiante	Fecha	Hora
			/ /	

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 o Aviso es un resumen 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. Puede solicitar una copia de nuestro NPP detallado o acceder a él en nuestro sitio web www.christianacare.org/privacy.

Nuestras responsabilidades	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: • Mantener la privacidad y la seguridad de su PHI. • 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. • 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. • 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. • Cumplir las obligaciones y las prácticas de privacidad mencionadas en este Aviso y darle una copia del Aviso a usted.
¿Quién respetará este Aviso?	• Todas las organizaciones, los centros y los consultorios médicos de ChristianaCare • Cualquier médico, profesional de atención médica u otra persona que lo atienda • Todas las personas que trabajen para ChristianaCare • Todos los voluntarios de ChristianaCare • Cualquier socio comercial que necesite información médica para poder prestar servicios para ChristianaCare
Su información	
Podemos almacenar la siguiente información sobre usted:	La información que podemos almacenar incluye, entre otras cosas: • Información clínica: diagnósticos/condiciones, resultados de laboratorio, medicamentos, otra información sobre tratamientos • Información demográfica: dirección/código postal, fecha de nacimiento, licencia de conducir, nombre, número del seguro social, otros datos de identificación • Información financiera: información de reclamos, número de tarjeta de crédito/cuenta bancaria, otra información financiera, nombre e información de la licencia de conducir

Nuestros usos y revelaciones	
Podemos usar y revelar su información para estos fines:	En esta sección, se explica cómo podemos usar y compartir la información médica sobre usted. Aunque esta lista no incluye todas las posibilidades, todas las maneras en las que podemos usar y compartir información sin su permiso pertenecen a una de las categorías mencionadas en esta sección. Podemos usar y revelar su información para las siguientes situaciones, incluyendo, entre otras: • Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que reciba. • Coordinar su atención entre varios proveedores de atención médica. • Recopilar información de evaluaciones estandarizadas para completar el ingreso para una evaluación médica en casa. • Facturación de sus servicios médicos y administración de nuestras operaciones de atención médica • Hacer investigaciones. • Para el cumplimiento de la ley o ayudar en cuestiones de salud pública y seguridad. • Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos, examinadores médicos y directores de funerarias. • Hacer frente a la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras peticiones del gobierno. • Responder a demandas y acciones legales. • Administrar su plan médico, según corresponda para los miembros del plan de beneficios. • Prestar servicios y dar programas a los miembros del plan de beneficios. • Actividades de marketing y recaudación de fondos.
Su decisión	
Usted puede tomar decisiones sobre cómo usamos y compartimos su información para estos fines:	Puede decidir cómo usamos y compartimos su información para las siguientes situaciones, incluyendo, entre otras: • Responder preguntas de su familia y amigos sobre el tratamiento. • Dar atención en casos de desastre. • Comunicarnos con usted mediante tecnologías móviles y digitales. • Comercializar nuestros servicios y productos.
Sus derechos	
Sus derechos incluyen:	Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección, se explican sus derechos y nuestras responsabilidades para ayudarlo. 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.
Situaciones especiales	
Podemos o debemos compartir su información de otras maneras sin su permiso. Los siguientes usos y revelaciones se consideran situaciones especiales: para fines de investigación; para fines de aplicación de la ley; para ayudar a evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad públicas; responder a las autoridades de salud pública; para evaluaciones de salud en casa; responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos; a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias; a los militares; para la compensación de los trabajadores; para actividades de vigilancia de la salud; para demandas legales y disputas; para instituciones correccionales; para actividades de inteligencia y seguridad nacional; y otras restricciones de uso y revelación. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.	

Intercambio de información médica
ChristianaCare participa en varios intercambios de información médica (HIE) y redes de información médica (HIN). Los HIE y HIN coordinan el intercambio de información entre sus miembros para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. A través de estos intercambios, ChristianaCare puede compartir su información médica con sus otros proveedores, lo que garantiza la entrega oportuna de información médica vital a sus proveedores de atención médica. Participamos en las siguientes HIE: Red de información médica de Delaware (DHIN); Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP); Healthshare Exchange of Southeastern Pennsylvania Inc. (HSX); y CommonWell Health Alliance (CommonWell). Los pacientes pueden optar por no recibir un HIE electrónico en el sitio web del HIE.

Cambios a este Aviso. Tenemos derecho a cambiar este Aviso. Todos los cambios a este Aviso se aplicarán a la información que ya tengamos sobre usted y a cualquier información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actualizado en el hospital y en nuestro sitio web: www.christianacare.org/privacy. La fecha de vigencia del Aviso actualizado se publicará en la parte superior del Aviso. Si hacemos cambios importantes a este Aviso, le daremos el Aviso actualizado en su próxima visita.

Cómo comunicarse con nosotros. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o si necesita hacer una petición al director de Privacidad, comuníquese con nosotros en ChristianaCare c/o Privacy Officer, 4000 Nexus Drive, Avenue North, Suite NW3-100, Wilmington, DE 19803, llámenos al 1-302-623-4468 o envíenos un correo electrónico a privacyoffice@ChristianaCare.org. Puede solicitar un Aviso detallado de nuestras prácticas de privacidad.