HEALTH & WELLNESS CENTERS

Por favor, mantenga esta página para su información

Estimado Padre/Tutor Legal:

Bienvenido al Centro de salud y bienestar en la Escuela Preparatoria Centennial. Adjunto encontrará un paquete de formularios para inscribir a su estudiante en el Centro. Los estudiantes pueden recibir servicios médicos y/o de salud mental en persona en el Centro y a través del nuevo Programa de Atención Virtual de Telesalud del Centro, los estudiantes ahora pueden recibir servicios médicos y/o de salud mental en las instalaciones de la Escuela Intermedia Lincoln!

Complete el paquete adjunto de materiales de consentimiento y de inscripción en medicina, salud mental, y telesalud. Todos los estudiantes que se inscriban en el Centro pueden usar los servicios médicos y de salud mental, pero debemos tener los materiales firmados de inscripción y consentimiento.

- **Las citas se pueden hacer llamando al 970.488.4950**
- Cualquier estudiante de PSD puede inscribirse y recibir atención
- ¡Nunca rechazamos a ningún estudiante por no poder pagar o por no tener seguro!
- **¡Nuestro objetivo es crear estudiantes sanos mejor preparados para el éxito académico y de vida!**

Al igual que otros proveedores médicos y de salud mental, el Centro de Salud y Bienestar puede facturar a la mayoría de los seguros (incluidos Medicaid y CHP +).

Si tiene seguro de salud:

- No se cobra ningún copago, debido a una adaptación especial permitida por el estado de Colorado solo para centros de salud basados en la escuela.
- Asegúrese de proporcionar la información de su seguro o completar la "declaración de ingresos por servicios de escala móvil" para que no reciba una factura por el monto total.
- Cuando reciba los estados de cuenta, estos serán de "Every Child Pediatrics" en Thornton, CO.

Si NO está actualmente asegurado:

- El Centro ofrece una escala móvil de tarifas. Complete la sección titulada "Certificado de ingresos por servicios de escala móvil" en la parte posterior del Formulario de registro. Nos pondremos en contacto con usted en relación con la escala.
- También somos un sitio certificado de asistencia de inscripción de Medicaid y podemos analizar la elegibilidad para este programa con estudiantes/familias que no tienen seguro de salud.

Lista de verificación:

- Un padre o tutor legal debe firmar todos los formularios si el estudiante es menor de 18 años de edad; Los estudiantes mayores de 18 años firman sus propios formularios.
- Los formularios se pueden **enviar por** correo al Centro de Salud y Bienestar en Centennial, 330 E. Laurel Street, Fort Collins, CO 80524 **O por correo electrónico** a **hwcenter@everychildpediatrics.org** **O dejarlos** en la oficina de salud de Centennial (sala 205) **O dejarlos** en la oficina de salud de Lincoln.
- Si tiene seguro (incluido Medicaid / CHP +), copie la parte de enfrente y atrás de su tarjeta y envíe las copias junto con el paquete.
- Pase por el Centro o, llame al 970-488-4950 o email hwcenter@everychildpediatrics.org con preguntas

HEALTH & WELLNESS CENTERS

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2021+

1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha:	Apellidos:	1er Nombre:
2.o nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo: M ☐ F ☐ Otro ☐
Grado:	Escuela:	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono celular:	Correo electrónico:	
Por favor marque la categoría que representa con mayor exactitud el origen del estudiante: Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asitico ☐ Negro o afroamericano ☐ Múltiple/Otro/No específico ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacifico ☐ Blanco ☐ No deseo responder ☐		
¿El estudiante se considera a sí mismo hispano/latino? ☐ Sí ☐ No Si es bilingüe, por favor enumere los lenguajes que habla:		

2. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (Usar letra de molde o imprenta.)

Apellidos y 1.er nombre del padre de familia/tutor legal:		
Parentesco:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Apellidos y 1.er nombre del padre de familia/tutor legal:		
Parentesco:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

3. Manera preferida de recibir comunicados (Por favor marque una). Teléfono ☐ Texto ☐ Correo electrónico ☐ Correo de US ☐

CONTINÚA – VER PÁGINA SIGUIENTE.

Office Use Only
Intl:
Date:

HEALTH & WELLNESS CENTERS

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2021+

4. CONTACTO DE EMERGENCIA (Si no podemos contactar a los padres/tutores legales mencionados anteriormente.)

1. Nombre:	Parentesco:	Celular:	Trabajo:
2.Nombre:	Parentesco:	Celular:	Trabajo:

5. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: ***Por favor traig a su cita la tarjeta del seguro, o una copia de los dos lados de la tarjeta.***

Marque todos los que correspondan

Medicaid -

Nombre de la persona principal asegurada: # de identificación: # de grupo:

CHP+ -

Nombre de la persona principal asegurada: # de identificación: # de grupo:

Seguro privado – Nombre de la compañía:

Nombre de la persona principal asegurada: # de identificación: # de grupo:

No tiene seguro

Número de personas que vive en su hogar: _____

¿Cuál el ingreso anual total groso de su familia? (Antes de que se hagan deducciones para la recaudación de impuestos):

$_____/año

Confirmo que mi estudiante no tiene seguro de salud que cubra el costo de los servicios que él o ella está recibiendo, y según mi leal saber y entender, la información financiera de la familia, que se menciona anteriormente, es completa y correcta.

_____ **Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años de edad)**

Si es necesario, ¿le podríamos contactar con respecto a la información sobre el seguro de salud? ☐ Sí No ☐

¿Cómo se informó sobre el Center (Centro)? (Por favor marque todas las que correspondan):

Póster ☐
Volante ☐
Sitio web de la escuela ☐
Boletín escolar ☐
Noche informativa en la escuela ☐

Sitio web del PSD ☐
Alguien le comentó ☐
Maestro(a) ☐
Entrenador(a) ☐

Director(a) atlética(o) ☐
Consejero(a) ☐
Personal de la oficina ☐

Algún otro: _____

HEALTH & WELLNESS CENTERS

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE
USAR LETRA DE MOLDE O IMPRENTA 2021+

Apellidos del estudiante:	1.er nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
Oficina de atención médica primaria:	Teléfono:	Farmacia:
Fecha del último chequeo médico completo/deportivo/físico:		

MEDICACIONES

¿El estudiante toma medicaciones en la actualidad? Sí ☐ No ☐ *Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:*

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN /DOSIS/HORA DE TOMARLA	RAZÓN PARA TOMAR LA MEDICACIÓN

ALERGIAS

¿El estudiante tiene alguna alergia? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:

Alergias a medicaciones: Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, enumere la medicación y la reacción alérgica	
Medicación	*Reacción alérgica*
Medicación	*Reacción alérgica*
Otras alergias: Sí ☐ No ☐ *Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique:*	

HISTORIAL MÉDICO

(Marque cualquier problema de salud que el estudiante tenga en la actualidad, o haya tenido anteriormente; por favor especifique en la parte inferior).

- Autismo ☐
- Anemia ☐
- Asma ☐
- Cáncer/tipo_____
- Dolor de pecho al hacer ejercicio. ☐
- Diabetes ☐
- Adicción a drogas o alcohol ☐
- Trastornos alimenticios ☐
- Desmayos al hacer ejercicio ☐
- Lesión/conmoción cerebral ☐
- Enfermedad cardiaca ☐
- Presión arterial alta ☐
- Enfermedad renal ☐
- Enfermedad hepática
- Migrañas ☐
- Le falta un órgano ☐
- Mononucleosis (en el último mes) ☐
- Obesidad ☐
- Embarazo ☐
- Convulsiones ☐
- Anemia drepanocítica (enfermedad/rasgos) ☐
- Problemas de la piel ☐
- Problemas estomacales/ intestinales ☐
- Derrame cerebral ☐
- Cirugía/tipo_____
- Problemas de tiroides ☐

¿Tiene otros problemas no mencionados aquí? : Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique. _____

CONTINÚA – VER LA PÁGINA SIGUIENTE.

HEALTH & WELLNESS CENTERS

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

¿El estudiante tiene un historial de diagnóstico de salud mental? Sí ☐ No ☐ *Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:*

Diagnóstico:	Nombre de el/la consejero(a):	Psiquiatra:
Algún otro historial de salud mental de importancia:		

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

¿Alguna vez el estudiante ha tenido que permanecer en el hospital? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor explique:

_____

_____

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA (marque los problemas que están afectando a los miembros cercanos de la familia, y describir en parte inferior)

- ☐ Anemia
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Trastornos de coagulación
- ☐ Cáncer de mama o seno
- ☐ Cáncer; tipo _____
- ☐ Depresión/Ansiedad
- ☐ Diabetes
- ☐ Adicción a drogas o alcohol
- ☐ Enfermedad cardiaca
- ☐ Ataque al corazón, o infarto, antes de los 50 años
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Enfermedad hepática
- ☐ Enfermedad pulmonar
- ☐ Migrañas
- ☐ Obesidad
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Convulsiones
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Muerte súbita
- ☐ Suicidio
- ☐ Problemas de tiroides
- ☐ Algún otro: _____

Describe las respuestas que hayas marcado:

Entiendo que, si hay algún cambio importante en el historial del estudiante, o de la familia del estudiante, le notificaré directamente al Health and Wellness Center llamando directamente al teléfono 970-488-4950, o comunicándome con el proveedor en persona. Esto tiene como fin asegurar que al estudiante se le provea la atención médica de la más alta calidad posible.

_____ _____ _____

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años). ***Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años).*** **Fecha**

HEALTH & WELLNESS CENTERS

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR) en CENTENNIAL HIGH SCHOOL EVERY CHILD PEDIATRICS AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2021+

Esta oficina está autorizada por las leyes federales de privacidad para usar y dar a conocer su información médica protegida, con fines de tratamiento, pago y funcionamiento de la atención médica. La información médica protegida es la información que creamos y obtenemos al brindarle nuestros servicios. Dicha información puede incluir los registros de sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y solicitar una atención o tratamiento en el futuro. También incluye facturas correspondientes a esos servicios.

TRATAMIENTO: Usaremos y daremos a conocer su información protegida, con el fin de proveer, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, si durante el curso de su tratamiento, el proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica determina que debe consultar a un especialista, dicho proveedor compartirá la información con el especialista en mención, y obtendrá la opinión del último.

PAGO: Su información médica protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica que se le brinden. Si la compañía de seguros de salud solicita información sobre la atención médica que le prestamos, dicha información se le dará a la compañía.

FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA: Podemos usar o dar a conocer, según sea necesario, su información médica protegida, para apoyar el funcionamiento de la práctica de su proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica. Recibimos servicios de nuestros aseguradores, u otros asociados, tales como evaluación de calidad, mejora de calidad, evaluación de resultados, protocolo y desarrollo de guías clínicas, programas de capacitación, acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Para obtener estos servicios, compartiremos su información con dichos asociados, según corresponda: enfermera escolar, personal escolar auxiliar que preste servicios de atención médica, y personal con licencia para asegurar que los niños asistan a la escuela en un estado saludable.

Podemos usar o dar a conocer su información médica protegida sin su autorización, según sea necesario, en las situaciones que se dan a continuación: De acuerdo con lo requerido por la ley, enfermedades transmisibles, negligencia de la salud, abuso o descuido, requisitos para administrar drogas y alimentos, procesos judiciales, encargados de hacer cumplir la ley, médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y Seguridad Nacional, indemnización por accidentes laborales, presos, usos requeridos y divulgaciones. De acuerdo con la ley, debemos darle a conocer a usted, y cuando lo requiera el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Aunque los expedientes médicos y de facturación que guardamos son propiedad física de la oficina, a usted le pertenece la información contenida en dichos expedientes. Usted tiene los derechos que se dan a continuación:

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o proceso civil, penal o administrativo, ni la información médica protegida que esté sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no utilicemos o demos a conocer ninguna parte de su información médica protegida con fines de algún tratamiento, pago o funcionamiento del servicio de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se dé a conocer a miembros de la familia, ni amigos, que puedan estar relacionados con su atención médica, o con fines de hacer una notificación, tal como se describe en este AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Su solicitud debe indicar la restricción específica, y a quién desea que se aplique la restricción. Su proveedor con licencia de prestar servicios de atención médica no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si dicho proveedor cree que a usted le beneficiaría que se permitiera el uso y el dar a conocer su información médica protegida, la información en mención no estará restringida. En ese caso usted tiene el derecho de pedir los servicios de otro proveedor con licencia**.**

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por parte de nosotros, a través de medios alternativos o en un lugar diferente.

CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
EVERY CHILD PEDIATRICS
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2021+

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por parte de nosotros, a través de medios alternativos o en un lugar diferente.

Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, si lo solicita, incluso si ha aceptado recibir este aviso de otra manera, por ejemplo, de forma electrónica.

Es posible que tenga el derecho de que su proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica enmiende su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo. Podríamos preparar una refutación a su declaración, y le proveeríamos una copia de dicha refutación.

Tiene el derecho de recibir una explicación de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hay, sobre su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso, y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, usted tiene el derecho a oponerse o retirarse, según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Nos puede presentar sus quejas o hacerlo al Secretario de Salud y Servicios Humanos, si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja, al notificar a nuestro contacto de privacidad sobre su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de los individuos y proporcionarles este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida. Si tiene alguna objeción a este documento, por favor pida hablar en persona con nuestro funcionario de cumplimiento de HIPAA, o por teléfono, llamando a nuestro número principal que se da más adelante.

La firma que se encuentra a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este AVISO DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Fecha del día de hoy_____

_____ _____

Nombre del estudiante **Fecha de nacimiento del estudiante**

_____ _____

***Nombre del padre de familia/tutor legal** (o del estudiante, si es mayor de 18 años).* ***Firma del padre de familia/tutor legal** (o del estudiante, si es mayor de 18 años).*

Notificación al paciente del uso del intercambio de información médica

Every Child Pediatrics (ECP, por sus siglas en inglés) respaldan, apoyan y participan en el intercambio de información médica (conocido en inglés como HIE), como un medio para mejorar la calidad de la salud del paciente, y su experiencia al recibir servicios de atención médica. HIE proporciona a ECP una manera segura y eficiente de compartir electrónicamente la información clínica de su estudiante con otros proveedores de la atención médica que participen en la red HIE. El uso de HIE ayuda a los proveedores de la atención médica de su estudiante a compartir información de manera más eficaz, y brindarle a su estudiante una mejor atención médica. El HIE también permite que el personal de emergencia, y otros proveedores que estén tratando a su estudiante, tengan acceso inmediato a sus datos médicos, que puedan ser críticos para su atención médica. El hacer que la información médica de su estudiante esté disponible a sus proveedores de la atención médica, a través del HIE, también puede reducir los costos, al evitar que se dupliquen las pruebas o procedimientos. Sin embargo, en nombre de su estudiante, usted puede optar por no participar en el HIE de Every Child Pediatrics, o de cancelar alguna decisión de no participación, en cualquier momento.

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO 2021+

Instrucciones: Anote las INICIALES de su nombre en todas las afirmaciones, responda la informacion que se pida, y firme en la parte inferior de este documento.

_____Entiendo que los servicios médicos, mentales y de telesalud en el Health and Wellness Center at Centennial High School (the "Center") (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR en CENTENNIAL HIGH SCHOOL) ("el Centro") los proveen las Every Child Pediatrics (ECP, por sus siglas en inglés). Doy mi permiso para que el Centro proporcione a mi estudiante algún servicio de atención médica y salud mental, que se menciona a continuación, al estar inscrito(a) en el Centro, cuando el personal de dicho Centro lo aconseje o recomiende:

Cuestionario electrónico médico del estudiante (Student health electronic questionnaire) (incluye preguntas de salud física y mental)
Chequeos médicos/físicos para deportes Pruebas de laboratorio de rutina
Tratamiento de enfermedades y lesiones menores Manejo de enfermedades crónicas
Remitirle a agencias de la comunidad, para recibir otra atención médica necesaria

_____Entiendo que el Centro NO ofrece ciertos servicios, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente:

Hospitalización
Atención de emergencia (A excepción de lo que la ley exija.)
Servicios de farmacia
Atención dental restauradora
Puntos de sutura / Enyesar
Tratamiento de problemas médicos o psiquiátricos complejos
Rayos X
Rellenos o extracciones dentales

_____He leído todo lo anterior, entiendo los servicios que el Health and Wellness Center at Centennial High School ofrece, y solicito que a mi estudiante se le provean los servicios en mención.

_____Entiendo que el Centro puede servir como doctor/oficina de atención médica primaria para mi estudiante o se puede comunicar con el doctor/la oficina de atención médica primaria que escojo con mi autorización para lanzar información médica.

_____Entiendo que el Centro mantiene archivos médicos electrónicos. Autorizo la descarga electrónica de la informacion con respecto a que se satisfacen las condiciones para recibir medicación, al igual que el historial de medicaciones.

_____Entiendo que el personal del Centro intentará notificarme cuando el profesional médico atienda a mi estudiante, siempre y cuando el proveedor lo considere apropiado. Entiendo que, por ley, en algunos casos los estudiantes pueden tener acceso a la atención médica de manera independiente y confidencial.

_____Entiendo que esta autorización incluye el permiso para que a mi hijo(a) se le remita (referral) para que reciba atención médica y, si es necesario, se pidan los servicios de emergencia (911), transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de la atención médica, hospitales, clínicas o agencias de atención médica, tal como lo considere necesario el personal del Centro. Los gastos relacionados con los servicios de la ambulancia, o cuando se le remita a otro proveedor de atención médica de emergencia, serán mi responsabilidad. Nada en esta autorización se tendrá en consideración para modificar o limitar la responsabilidad y autoridad del Centro, o del Distrito Escolar Poudre, en el manejo de situaciones médicas de emergencia, tal como sea apropiado.

_____ Me esforzaré para estar disponible para la comunicación con respecto a las necesidades médicas de mi estudiante. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos en conexión con todas las formas de hacer un tratamiento, y doy mi autorización, sabiendo lo anterior. Entiendo que es mi deber informar al personal del Centro sobre cualquier cambio en la tutela de mi estudiante. CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

_____Doy mi autorización para que el personal del Centro tenga acceso a los expedientes de mi estudiante relacionados con sus vacunas, así como otros expedientes escolares que puedan ayudar a que el personal asista a mi hijo(a).

_____Recibí/Leí la informacion proveniente del Centro, y las ECP, con respecto al AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (Notice of Privacy Practices for Protected Health Information).

_____Entiendo que toda la información contenida en los expedientes médicos de mi estudiante es confidencial, y no se dará a conocer a ninguna persona ni agencia que no tenga autorización, sin un permiso por escrito. Esta práctica está en conformidad con la ley de Colorado.

_____ *Autorizo al Centro para que comparta o dé a conocer toda, o alguna parte, de la información del expediente médico de mi hijo(a) a cualquier entidad pertinente a su atención médica, incluyendo, pero sin limitarse al personal de las ECP y del Centro, el médico primario del estudiante, y el/la auxiliar de enfermería, la enfermera, el personal de consejería/salud mental, o entrenadores personal administrativo, enlaces familiares, de la escuela (**inserte el nombre de la escuela**):_____, a la que asiste el estudiante. Si NO quisiera que, a individuos con funciones específicas, se les dé a conocer información de la lista mencionada anteriormente, los excluiré.*

_____ Entiendo que el Centro puede compartir, o tener que compartir, la información sobre la atención médica de mi estudiante con ciertas personas o agencias, con el propósito de que se lleve a cabo un tratamiento, funcionamiento de la atención médica, facturación y pagos, o como se requiera por ley, sin tener que pedir mi permiso ni necesitar una autorización firmada.

_____Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (Department of Public Health and Environment) (CDPHE, por sus siglas en inglés) provee fondos para los servicios de atención médica que yo reciba en este centro de salud, que funciona en una escuela, y puede obtener de manera legal información referente a los servicios provistos a los pacientes. CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican específicamente a ningún paciente de manera individual.

_____ Entiendo que el Centro tiene las horas (el horario) limitadas (por lo general durante las horas de la escuela—lunes a viernes) y esta cerrado por ejemplo en la noche y los fines de semana y los días festivos. Durante los días en que no esté abierto, yo puedo llamar a la oficina de las RMYC en Thornton, al teléfono 1-303-450-3690, para comunicarme con el personal de atención médica que esté disponible, o la línea de la enfermera. Si se presenta una emergencia, llevaré a mi estudiante al centro de urgencias más cercano/llamaré al 911 de inmediato.

_____ Entiendo que el Centro necesita cubrir sus gastos. Proporcionaré la información sobre mi seguro de salud, y doy permiso para que el Centro/RMYC presente una factura a la aseguradora de salud correspondiente de mi estudiante, por los servicios que se hayan recibido. Si no tengo seguro, estoy de acuerdo con discutir si mi familia reúne los requisitos para participar en los programas de salud pública disponibles/las opciones, para obtener un descuento en el costo de servicios médicos basado en una escala.

_____Entiendo que este formulario de permiso es válido por un periodo de tress añoos y / o mientras el estudiante está inscrito en el Distrito Escolar de Poudre.

_____Entiendo que puedo retirar este permiso (llamado revocación) en cualquier momento, a través de una notificación por escrito a el/ la director a) del Centro en el Health & Wellness Center at Centennial High School, situado en la dirección 330 East Laurel Street, Fort Collins, CO 80524. Entiendo que una vez que se reciba la notificación por escrito, el Centro dejará de dar a conocer la informacion, a partir de ese momento, pero la revocación no aplica a ninguna informacion que el Centro ya haya dado a conocer.

Acuerdo: Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las disposiciones anteriores, y certifico que legalmente tengo autorización para proporcionar esta autorización para que se presten servicios.

Estory inscribiendo a este estudiante en el Health and Wellness Center Sí ☐ **No** ☐

_____ ☐

Nombre del estudiante (Usar letra de molde o imprenta.) ***Fecha***

_____

Nombre del padre de familia/tutor legal
(o del estudiante, si es mayor de 18 ntre años)
(Usar letra de molde o imprenta.)

_____

Firma del padre / tutor (o estudiante si tiene 18 años o más)

HEALTH & WELLNESS CENTERS

El Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Centennial
Formulario de Divulgación de Servicios de Salud Mental y Divulgación de Información de Salud Mental 2021+

Este documento describe los servicios y las políticas del Centro de Salud y Bienestar en los servicios de Salud Mental de la Escuela Preparatoria Centennial (H & WC @ CHS). Estos servicios son proporcionados por Profesionales de la Salud del Comportamiento con Licencia (LBHP, por sus siglas en inglés), las calificaciones para los cuales se proporcionan al momento del servicio.

Por favor, lea y solicite aclaraciones sobre cualquier cosa que no entienda. Este formulario se firmará y se archivará en H & WC @ CHS (en el sitio) o en el sitio del Programa de Telesalud de la Escuela Secundaria Lincoln. También puede solicitar una copia.

INFORMACION GENERAL: Usted tiene derecho a recibir información sobre los métodos de tratamiento, la duración esperada del tratamiento y las limitaciones para recibir tratamiento de salud mental dentro de un centro de salud escolar. Puede buscar una segunda opinión de otro terapeuta. Tenga en cuenta que no hay resultados garantizados de la terapia. Además, puede terminar la terapia en cualquier momento.

La intimidad sexual entre un terapeuta y un cliente nunca es apropiada. Si ocurre intimidad sexual, debe informarse a la Junta de Quejas del Estado (DORA). El Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA) regula las prácticas de los psicoterapeutas con licencia y sin licencia. La Sección de Salud Mental está ubicada en 1560 Broadway, Suite 1370, Denver, CO 80202; (303) 894-7766.

CONFIDENCIALIDAD: Cualquier información, escrita o verbal, sobre los servicios que reciba de H & WC @ CHS LBHPs se mantendrá confidencial en la medida que lo exija la ley. Los registros de salud mental general, que no sean notas de psicoterapia, pueden ser utilizados y divulgados por un proveedor para su tratamiento, referencia, facturación y otros motivos permitidos por la ley. Los registros generales de salud mental incluyen la prescripción y monitoreo de medicamentos, los horarios de inicio y finalización de las sesiones de asesoramiento, los métodos y la frecuencia de su tratamiento, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de su diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. Sin embargo, H & WC @ CHS LBHPs no divulgará notas de psicoterapia relacionadas con su tratamiento sin una autorización por escrito, o según lo permita la ley. Las notas de psicoterapia son notas para documentación o análisis de evaluaciones, interacciones, grupos o sesiones de terapia individual. Existen algunos casos muy limitados en los que la LBHP está legal y éticamente obligada a divulgar notas de psicoterapia relacionadas con su tratamiento, como:

Si hay razones para creer, de buena fe, que la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de usted u otra persona:

- Si ha ocurrido o está ocurriendo abuso o negligencia de un niño o anciano, o si hay una causa razonable para creer que ha ocurrido

CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

- Si es ordenado por un tribunal de justicia
- Solicitudes de discapacidad (si lo solicita la agencia que autoriza)

Por cualquier otra razón no requerida o permitida por la ley, se requiere su autorización previa por escrito antes de revelar las notas de psicoterapia relacionadas con su tratamiento.

Periódicamente, los LBHP pueden compartir o intercambiar información con personal médico y profesional dentro de H & WC @ CHS, así como con el personal escolar designado.
Entiendo que puedo revocar esta comunicación privilegiada por escrito en cualquier momento.

Este consentimiento para servicios está autorizado por tres años y / o mientras el estudiante está inscrito en el Distrito Escolar Poudre.
Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento con un aviso por escrito a H & WC @ CHS.

DISPONIBILIDAD: En general, hay un LBHP disponible durante el horario escolar. Los correos de voz al (970) 488-4961 se revisan y responden durante esas horas. Si necesita asistencia inmediata, llame al 911 o al Hospital UCHealth Poudre Valley al (970) 495-7000.

ACUERDO: Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las secciones anteriores. Certifico que estoy legalmente autorizado para proporcionar este consentimiento y que puedo solicitar una copia de esta declaración de divulgación para mis registros en cualquier momento.

Nombre del estudiante mayor de 12 años	***Nombre del estudiante mayor de 12 años***	**Fecha**
Nombre del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 15 años).	***Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 12 años).***	**Fecha**
Therapist PRINTED Name	**Therapist Signature**	**Fecha**

Consentimiento de Telesalud 2021+

Nombre del estudiante:_____Fecha de nacimiento: _____

Doy mi permiso para que el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Preparatoria Centennial, Centro de Salud Basado en la Escuela (SBHC), brinde atención médica al estudiante mencionado anteriormente. Además de la atención en el Centro de Salud y Bienestar en Centennial, esta clínica también brinda atención médica y de salud mental a través de Telesalud.

Consentimiento de Telesalud

1. Entiendo que la Telesalud es el intercambio de información médica y/o de salud mental de un sitio a otro mediante comunicaciones electrónicas. Esto puede incluir exámenes físicos y servicios de asesoramiento utilizando audio/video y otras formas de tecnología compatibles con HIPAA de dos vías.

2. Entiendo que el proveedor de atención médica y mi hijo no estarán en la misma sala, pero que un miembro del personal de Every Child Pediatrics, llamado presentador de Telesalud, estará en la sala con mi hijo.

3. Entiendo que todas las protecciones de confidencialidad aplicables se aplicarán a los servicios. Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI) también se aplican a la telesalud a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informes obligatorios de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo u otros, una emergencia médica que ocurre mientras está en llamada de telesalud).

4. Entiendo que el personal de Every Child Pediatrics puede compartir información de salud apropiada con el personal de Salud/Consejería de la escuela para apoyar la coordinación de la atención para estudiantes con necesidades médicas o de salud mental.

5. Entiendo que conservo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuros y sin arriesgarme a perder o retirar los beneficios del programa a los que tendría derecho.

6. Entiendo si tengo pensamientos suicidas u homicidas, síntomas psicóticos, o un crisis mental puede ser determinado que los servicios de Telesalud no sean adecuados y otra atención sea necesario.

En caso de emergencia

1. Entiendo que el proveedor puede comunicarse con mi contact de emergenica o las autoridades emergencias en caso de emergencia.

2. El proveedor requiere saber su ubicaci ón en case de emergencia. Usted acepta proporcionar una dirección donde se encuentra y un contacto de emergencia al comienzo de la cita. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia. El nombre, la relación conmigo, la dirección y el teléfono de mi contacto de emergencia son:

3. Si acceden a los servicios de salud conductual, entiendo que mi proveedor revisará el protocolo de emergencia al comienzo de cada sesión.

4. Al inicializar a continuación, estoy de acuerdo en que he recibido una explicación de cómo se usará la tecnología de video/audio para llevar a cabo la atención médica de Telesalud. Entiendo que hay limitaciones en la tecnología y al proceso de Telesalud, incluido el potencial de intercambio incompleto o pérdida de información. He recibido y entiendo la información escrita proporcionada anteriormente.

Consiento el uso de Telesalud para consultas, evaluaciones, diagnósticos y tratamientos. _____(Iniciales)

Al firmar este formulario, certifico:

He leído este formulario (o me lo han leído y/o me han explicado este formulario) y se me ha brindado una amplia oportunidad para que respondan a mis preguntas y que me hayan respondido satisfactoriamente y que entiendo completamente su contenido, incluido Los riesgos y beneficios de los procedimientos.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. * Una solicitud para revocar el consentimiento debe ser por escrito y recibida por el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Preparatoria Centennial SBHC.

Por el presente, voluntariamente y libremente estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para el tratamiento de telesauld y para cualquier evaluación, evaluación y diagnóstico relacionados que el proveedor de atención médica considere apropiado para las necesidades médicas o de salud mental actuales de mi estudiante.

_____ _____

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años). **Fecha**

Firma del Padre/Tutor (si es necesario): _____

Read/reviewed consent with parent and/or patient (please circle) and obtained verbal consent due to CoVid-19:

_____ _____

Staff Printed Name Staff Signature **Date**

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no se debe compartir con las escuelas o con organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

_____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

_____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

_____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).

_____

_____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (*CONTINUACIÓN*)	**Sí**	**No**
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	**Sí**	**No**
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	**Sí**	**No**
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (*CONTINUACIÓN*)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	**Sí**	**No**
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.