



Formulario de inscripción para centros de salud escolares

INFORMACIÓN DEL PACIENTE: (Asegúrese de completar todas las secciones) INFORMACIÓN MÉDICA: (Asegúrese de completar todas las secciones)

Nombre de la escuela: Grado Nombre del médico de atención primaria (PCP):
Nombre legal del niño: Teléfono del PCP:
Sexo: H/M Identidad de género: Farmacia:
Dirección: Otros proveedores de atención médica
Ciudad, estado, código postal ¿Su hijo toma medicamentos de manera regular?
Condado o ciudad: En caso afirmativo, indíquelos a continuación:
Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año):
Correo electrónico: ¿Su hijo tiene alergias?:
Nombre del padre, madre o tutor: En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:

N.º de teléfono para comunicarse con los padres:
N.º de teléfono alternativo:

- Antibióticos
Estacional
Antibióticos
Látex
Medicamentos
Comida
Otro

Debido a que recibimos asistencia federal, estamos obligados a preguntarle la siguiente información. ¿Su hijo necesita antibióticos antes de un tratamiento dental?

¿Cuál es la raza de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan. En caso afirmativo, explique:
Indio americano o nativo de Alaska
Asiático
Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
Negro o afroamericano
Blanco
Otra raza
No declarado/se negó a declarar

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Seguro médico (si lo tiene)
Compañía de seguros principal:
N.º de plan de seguro o grupo:
Nombre del afiliado:
Fecha de nacimiento del afiliado (mes/día/año):
N.º de seguro social del afiliado:

Seguro dental (si lo tiene)

¿Su hijo tiene Medicaid?
En caso afirmativo, incluya el N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO de su hijo/a
¿Su hijo está cubierto por un seguro dental PRIVADO?
En caso afirmativo, complete TODA la información del seguro a continuación:

Origen étnico: Hispano/No hispano/Otro
Idioma: Inglés/Español/Otro

Veterano: Sí/No
Sin hogar: Sí/No

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluyéndose a usted?
¿Cuál es el ingreso anual total estimado de su hogar, incluida la asistencia gubernamental y por discapacidad?

- menos de \$11.000
De \$11.001 a \$15.000
De \$15.001 a \$20.000
De \$20.001 a \$25.000
De \$25.001 a \$30.000
De \$30.001 a \$35.000
De \$35.001 a \$45.000
De \$45.001 a \$55.000
Más de \$55.000

Compañía de seguro dental:
Dirección de la compañía de seguros:
N.º de plan de seguro dental o grupo:
Nombre del afiliado:
Fecha de nacimiento del afiliado (mes/día/año):
N.º de seguro social del afiliado:

COMPLETE EL OTRO LADO

DEVOLVER ANTES DEL 26 DE AGOSTO DE 2024



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL PROGRAMA DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR (SBHC)

Estimado padre, madre o tutor legal:

El Centro de Salud del Área de Rockbridge (RAHC) está ampliando su oferta de servicios al Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Rockbridge (RCPS) para el año escolar 2024-2025. Además de los servicios odontológicos, también brindaremos servicios médicos y de salud mental. Los servicios odontológicos serán proporcionados en la escuela de su hijo, al igual que durante los últimos 12 años, por dentistas e higienistas dentales con licencia. Los servicios médicos serán proporcionados por profesionales independientes con licencia, y los de salud mental, por una persona con nivel de maestría en Trabajo Social, supervisada por Mariah McMillan, LCSW; Consejera en Residencia, a su vez; supervisada por Abigail Sorrells, LPC. La salud médica y mental estará disponible en las escuelas secundarias Maury River y del condado de Rockbridge, pero todos los estudiantes de RCPS son elegibles para recibir los servicios. En la página siguiente, encontrará una breve descripción de los servicios prestados en cada caso. Para que su hijo/a **reciba estos servicios**, debe proporcionar **TODA LA INFORMACIÓN** solicitada, seleccionar los servicios que le gustaría que reciba el/la menor, y **FIRMAR** en el área indicada.

Entiendo que si mi hijo/a necesita servicios de SBHC, se harán todos los intentos razonables por comunicarse conmigo y, si no me pueden localizar:

	AUTORIZO	NO autorizo
Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a que mi hijo sea atendido por los proveedores en SBHC. Comprendo que, si no puedo asistir a la cita físicamente, tengo la opción de asistir a través de audio (teléfono) o audio/video seguro (telesalud).

IMPORTANTE: ES NECESARIA LA FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR SI SE DESEAN RECIBIR LOS SERVICIOS.

Soy el padre o la madre con la custodia, o el tutor legal del menor mencionado a continuación. **Autorizo a** que el niño reciba los servicios indicados anteriormente y permito que el profesional de enfermería/representante de la escuela y los proveedores de RAHC tengan acceso a los expedientes médico y escolar del menor. De conformidad con las reglas de Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), **autorizo a** que los miembros del personal de SBHC usen y compartan la información médica personal (PHI) de mi hijo para 1) tratar su afección médica y mantener la continuidad de la atención; 2) gestionar el pago por los servicios médicos proporcionados a mi hijo, y 3) realizar las operaciones de atención médica rutinarias, incluidas las medidas con fines de mejora de la calidad, acreditación o educativos, u otras divulgaciones exigidas por la ley.

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de la escuela: _____

MARQUE UNO: Padre o madre _____ **Tutor legal** _____

Si es tutor legal, debe incluir una copia de la documentación de tutela.

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor legal: _____

Relación con el estudiante: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ **FECHA:** _____

Servicios prestados en el centro de salud escolar (SBHC):

Servicios odontológicos (proporcionados en la escuela de su hijo):

- Examen
- Radiografías
- Profilaxis (limpieza dental)
- Tratamiento con fluoruro
- Sellantes (capa protectora en la superficie de masticación de los dientes posteriores)

Si, actualmente, lleva a su hijo a ver a un dentista cada 6 meses para que reciba atención de rutina, le recomendamos que continúe recibiendo atención en ese consultorio, en cuyo caso, no necesita seleccionar servicios dentales en este formulario. La técnica EXPLICAR-MOSTRAR-HACER se suele utilizar para ganarse la confianza y la cooperación del paciente. El proveedor dental explica lo que va a hacer, y luego lo demuestra con instrumentos en un modelo. La mayoría de los pacientes no tiene ninguna dificultad con su tratamiento. Si el paciente indica alguna resistencia significativa al procedimiento, lo suspenderemos. Se le notificarán los resultados de la visita de su hijo.

Atención médica (proporcionada en las escuelas secundarias Maury River y del condado de Rockbridge):

- Exámenes físicos (de niño sano, deportivos, laborales)
- Atención y tratamiento para lesiones o enfermedades
- Análisis de laboratorio de rutina
- Atención de problemas comunes de salud pediátrica o adolescente (peso, acné, problemas menstruales)
- Atención de determinadas afecciones crónicas (como asma, trastornos convulsivos o diabetes)
- Tratamiento y evaluación de la vista y la audición
- Servicios de bienestar sexual
- Detección de enfermedades infecciosas (gripe, estreptococo, COVID-19)
- Inmunizaciones proporcionadas de forma programada
- Asesoramiento nutricional proporcionado de forma programada
- Derivaciones a servicios que no presta SBHC

Se proporcionarán copias de los resúmenes de las visitas al portal del paciente y a su PCP, si así lo solicita.

Servicios de salud conductual y mental (se proporcionan en las escuelas secundarias Maury River y del condado de Rockbridge):

- Evaluación, detección e intervención de salud conductual o mental (es necesario el consentimiento adicional de los padres o tutores para niños menores de 18 años).
- Tratamiento por consumo de drogas o alcohol.

Se proporcionarán copias de los resúmenes de las visitas al portal del paciente y a otros proveedores del equipo de atención previa solicitud, PCP, psiquiatra, etc.

RAHC alentará a todos los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores legales en las decisiones de atención médica. No obstante, de acuerdo con la ley de Virginia, los niños mayores de 14 años pueden solicitar un tratamiento de salud mental, por uso de sustancias y de salud sexual sin el consentimiento de un adulto.

En la página siguiente, se menciona información importante que explica la ley de Virginia con respecto a la autorización del apoderado adolescente para los expedientes médicos. Por ley, RAHC está obligado a restringir el acceso total a los padres de los expedientes médicos (incluido el portal del paciente), cuando el paciente cumple 13 años, y asimismo; a restringir el acceso total cuando el paciente cumple 18. Los pacientes pueden autorizar el acceso total al expediente médico a los padres al firmar una autorización.

Acceso de apoderado:



Acceso parcial
Al tener acceso parcial, los padres/tutores pueden:

- Actualizar la información demográfica
- Ver los horarios de atención, las ubicaciones y los proveedores
- Ver el historial de vacunación de su hijo
- Ver el saldo de su cuenta

Acceso total
Al tener acceso total, los padres/tutores pueden:

- Acceder a todos los permisos de acceso parcial
- Programar citas
- Comunicarse con su profesional de la salud
- Ver y solicitar estudios de laboratorio
- Ver el expediente médico completo de su hijo



De 0 a 12 años



El acceso parcial no aplica.



Se otorga acceso total en forma automática al padre/tutor.



De 13 a 17 años



Se pierde el acceso total el día en que el paciente cumple 13 años y se otorga acceso parcial.



Se les da acceso total a los padres/tutores, si el paciente lo autoriza.



Mayor de 18 años



El acceso como apoderado vence el día en que el paciente cumple 18 años.



Se puede otorgar acceso total a adultos, incluidos los padres/tutores, si el paciente lo autoriza.