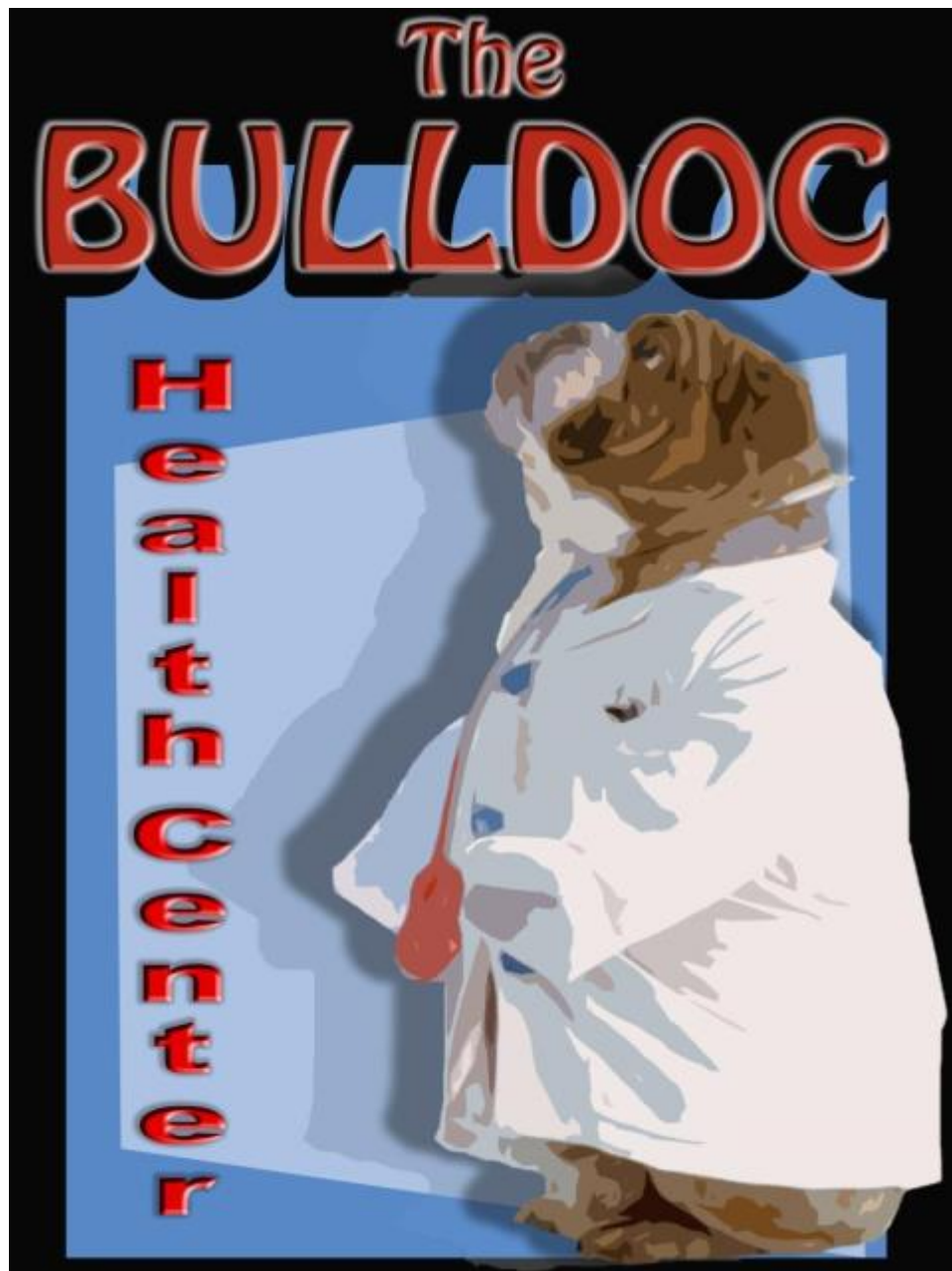


Bulldoc Registration





USD 500 School-Based Health Center Formulario de inscripción

Estimados padres de familia o Guardianes:

El objetivo del USD 500 Centro de Salud basado en la escuela (SBHC) consiste en hacer frente a las necesidades de salud abrumadora en el condado Wyandotte, proporcionando asistencia médica a los estudiantes dentro de un sitio fijo en el plantel escolar. El SBHC tiene como objetivo mejorar la salud y el bienestar general de los estudiantes y sus familias, así como aumentar el éxito académico de los adolescentes del Condado de Wyandotte.

¿Qué es el USD 500 Centro de Salud basado en la escuela (SBHC)?

- El SBHC será llevado a cabo por el Centro Médico de la Universidad de Kansas (KUMC), así como voluntarios de la comunidad del Condado de Wyandotte
- El propósito de este centro es ofrecer alta calidad y atención médica conveniente a los estudiantes del Wyandotte High School

¿Cómo puedo inscribir a mi hijo?

- Por favor, complete el formulario adjunto y devuélvalos a la oficina de su escuela. Los formularios adjuntos incluyen
 - o Formulario de Consentimiento
 - o Formulario de Inscripción
 - o Historia Médica y Cuestionario para Padres
- También por favor incluya una copia de libreta de salud de su hijo en caso que la tenga
- Una vez inscrito, su hijo podrá ser visto en cualquier momento durante los años que asista a Wyandotte High School / Northwest Middle School

¿Qué sucede después de registrarme?

- Al completar los formularios, su hijo podrá ser visto en el SBHC dentro del horario de apertura, para cualquier problema de salud

Gracias,
The School-Based Health Center Team

Por favor envíe este formulario al oficina en Wyandotte High School. Por favor no entregue este formulario al maestro/a de su hijo u otro personal de la escuela.

Formulario de Consentimiento

SERVICIOS

Servicios que se ofrecen en el Centro de Salud de USD 500 basado en la escuela enfocará en la prevención e involucrará el estándar de prácticas del cuidado de la salud, incluyendo:

- Evaluación y tratamiento de problemas de salud agudos y crónicos
- Exámenes médicos para deportes
- Vacunas (incluyendo vacunas contra la gripe)
- Educación para la Salud
- Coordinación de citas médicas con otros proveedores de salud
- Exámenes dentales y de visión
- Recomendación para obtención de recursos; alimentos, refugio, económicos, transporte
- Cuidado preventivo

Nuestra relación con los pacientes y sus padres es muy importante. Animamos y damos la bienvenida a la participación de padres y guardianes.

La participación en el SBHC es voluntaria, y usted puede retirarse en cualquier momento solicitándolo por escrito.

He revisado y entiendo los servicios ofrecidos. Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios indicados en este documento. Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que yo soy el guardián legal y custodio legal de:

Nombre del Estudiante

Entiendo que este consentimiento permanecerá válido hasta que mi niño se gradúe y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento para servicios mediante una notificación por escrito al SBHC de la Escuela Secundaria de Wyandotte.

Entiendo que todos los expedientes médicos del SBHC son parte del sistema electrónico de registros médicos del Centro Médico de la Universidad de Kansas KUMC.

Autorizo al SBHC a dar información únicamente a: 1) personal de la escuela cuando sea necesario para coordinar los servicios en la escuela, 2) Los terceros pagadores u otros con el propósito de recibir pago por los servicios.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

USD 500 SCHOOL-BASED HEALTH CENTER

Formulario de Consentimiento

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

Yo entiendo que los registros de inmunización (vacunas) de mi hijo, en los archivos del distrito escolar y el Centro Médico de la Universidad de Kansas serán revisados. Si se determina que mi hijo necesita una vacuna, yo doy mi permiso para que se le pueda dar en el SBHC del Wyandotte High School. Si no deseo que le pongan la inyección a mi hijo, debo llamar o enviar una carta al SBHC antes de la fecha prevista para la vacunación. Entiendo que una carta especificando la vacuna necesaria y una hoja de información de vacunación será enviada a mi casa para mi revisión, al menos una semana antes de la fecha de vacunación prevista.

Sí, de acuerdo No, no estoy de acuerdo **Firma del Padre/Guardián** _____

CONSENTIMIENTO MEDICO

Yo entiendo que el acetaminofén (por ejemplo, Tylenol) e ibuprofeno (por ejemplo, Advil o Motrin) están disponibles en el centro de salud para aliviar las molestias de menor importancia de dolor de cabeza, lesiones ocurridas en la escuela, calambres menstruales, o de los procedimientos dentales (frenillos, etc.) Si mi hijo tiene una de esas quejas le doy mi permiso para administrar los medicamentos que se indican a continuación en la dosis apropiada para la edad.

Sí, estoy de acuerdo. Por favor marque uno, o ambos: _____ acetaminophen _____ ibuprofen

No, no estoy de acuerdo **Firma de Padre/Guardián:** _____

Nos pondremos en contacto con usted si las molestias de menor importancia se producen con frecuencia y / o son una preocupación para nuestro personal médico. Este permiso estará vigente a menos que sea revocado por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA

Entiendo que en ocasiones el SBHC utiliza fotografías de la escuela y las actividades de los centros de salud, en materiales que se distribuyen al público. Estas fotografías pueden incluir a los estudiantes. Yo le doy permiso al SBHC para incluir fotografías de mi hijo en estos materiales.

Sí, de acuerdo No, no estoy de acuerdo **Firma del Padre/Guardián:** _____

USD 500 SCHOOL-BASED HEALTH CENTER

Formulario de Inscripción del alumno

Por favor indique a qué escuela asiste su niño:

- Wyandotte High School
 Northwest Middle School

Fecha de hoy _____ Escuela _____ Grado _____

Nombre: _____
Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Principal Hablado en Casa: _____ Necesita intérprete

¿Qué nombre prefiere usar su niño/a? _____ Género: Masculino Femenino

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ES USTED LATINO/HISPANO SI NO

PAÍS DE ORIGEN: _____

Padre / Nombre de Guardian (si el niño es menor de 18 años): _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarle durante el día escolar? (por favor marque con una "X") Casa ___ Celular ___

Trabajo ___ Otro ___

Nombre de contacto de emergencia: (En caso de que el padre/guardián no esté disponible): _____

Relación con el niño: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene seguro de salud? No Sí (por favor indique qué compañía abajo):

Medicaid: Tipo/ Número de póliza: _____

Otro seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Nombre de la Farmacia: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene su hijo un Médico de Cabecera? Sí No

Si es así, Nombre del Medico: _____

Fecha del último examen físico completo _____

¿Tiene su niño un Dentista? Sí No

Si es así, Nombre de Dentista: _____

Adultos en la Familia

| Nombre: | Ocupación | Relación con participante | Vive en la casa (sí/ no) |
|---------|-----------|---------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Niños en la Familia

| Nombre: | Escuela | Relación con participante | Vive en la casa (sí/ no) |
|---------|---------|---------------------------|--------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |

USD 500 SCHOOL-BASED HEALTH CENTER

Historia de Salud y Cuestionario para Padres

MEDICAMENTOS

Mi hijo no toma ningun medicamento

Nombre del medicamento: _____ Razón por la que toma: _____ Hace cuánto tiempo? _____ Prescrito por: _____

Alergias a medicamentos/comida/picaduras o mordeduras de insectos: No Sí (Por favor especifique):

Medicamentos: _____

Alergias a comidas (cacahuates/maní, mariscos,etc.): _____

Picadura o mordedura de insectos (abejas, etc.) _____

Otro (por favor explique): _____

Por favor marque a continuación si su hijo tiene alguno de los siguientes problemas médicos:

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Varicela (Edad : ____) |
| <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Infección en la vejiga o riñones |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD/Trastornos del aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades por el calor | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño | |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | | <input type="checkbox"/> Escoliosis | | |
| <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Problemas de visión/audición(marque uno:lentes/contactos/audioprótesis) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de piel (encierre en un circulo todos los que correspondan): erupción eczema ampollas picazón acne infección verrugas sarna hongos | | | | |

Su hijo adolescente, ha estado alguna vez hospitalizado por un día o más, ha sufrido lesiones graves, como lesiones relacionadas al deporte, o ha tenido algún tipo de cirugía?

No Sí (por favor explique): Edad:_____ Problema/Tipo de cirugía: _____

Tuberculosis (TB) prueba de detección:

Su hijo adolescente, nació fuera de los EE.UU? Sí No

Su hijo adolescente, viajó fuera de los EE.UU? Sí No

Ha estado su hijo adolescente en contacto con personas con Tuberculosis o alguna vez ha tenido una prueba de TB positiva? Sí No

Su hijo adolescente, ha pasado tiempo con alguien que ha estado en la carcel/prisión o refugio? Sí No

Su hijo adolescente, ha pasado tiempo con alguien que usa drogas ilegales o tine VHI? Sí No

Hay alguien que vive en su casa ahora que nació fuera de los EE.UU o ha viajado fuera de los EE.UU? Sí No

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Usted o algún miembro de su familia, tienen algún problema de salud que le gustaría consultar con nuestro personal de SBHC? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Tiene alguna pregunta o preocupación acerca de su hijo, o la dieta de la familia, o nutrición? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Le preocupa a usted que sus ingresos no sean suficientes para satisfacer las necesidades básicas de su familia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Necesita asistencia con ropa para su familia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Necesita asistencia para pagar las facturas de calefacción y agua? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Necesita asistencia con transporte a citas médicas o la escuela? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| • Le preocupa la vivienda para su familia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Coordinación de Servicios de Salud y Servicios de Consejería

Si fuera necesario, solicitamos su autorización para que su hijo(a) reciba servicios de salud proporcionados por la clínica Bull Doc de la high school de Wyandotte. El objetivo es ayudar a los estudiantes para que tengan acceso a servicios en las escuelas, reduciendo o eliminando los obstáculos que impidan su educación.

Dentro de los servicios coordinados que se pueden ofrecer, se incluye la referencia de los estudiantes o sus familiares a otras instituciones de la comunidad. Todos los servicios se proporcionarán durante el horario escolar, y **serán gratuitos.**

- Entiendo que en caso de emergencia, mi hijo(a) puede recibir servicios de consejería a través de la clínica Bull Doc.
- Entiendo que todos los estudiantes pueden ser evaluados en la clínica para ver si requieren servicios de consejería.
- Entiendo que si mi hijo(a) exhibe señales de baja autoestima, ansiedad, depresión o trauma, puede ser evaluado por un trabajador profesional, y que el trabajador profesional me notificará acerca del tratamiento sugerido, y los límites de la confidencialidad del tratamiento recomendado.
- Entiendo que mi hijo(a) puede recibir los servicios de consejería a través de la clínica Bull Doc.
- Entiendo que mi hijo(a) puede recibir los servicios directamente en la escuela, o ser elegible para recibir los servicios a través de la telemedicina segura del centro médico KU (el estudiante hablaría en vivo con el técnico o terapeuta usando una computadora).
- Entiendo que los servicios para atender la salud mental del estudiante pueden ser proporcionados por un pasante de psicología, bajo la supervisión de un psicólogo con licencia, y que toda la información, incluyendo el nombre del terapeuta, su supervisor, y la persona que nos ponga en contacto, me serán proporcionados.
- Entiendo que la información sobre mi hijo será tratada confidencial y profesionalmente.

Esta autorización será válida por un año a partir de que sea firmada, pudiendo revocarse en cualquier momento.

Autorizo a que mi hijo(a) _____

reciba cualquiera de los servicios mencionados anteriormente.

Comprendo perfectamente que cualquier información acerca de las evaluaciones, y el subsecuente tratamiento del estudiante serán combinados de manera anónima en las evaluaciones generales del programa.

También comprendo que bajo ninguna circunstancia se proporcionará información personal, ni los resultados de las evaluaciones, ni la participación de mi hijo(a) en el programa.

_____ Acepto

_____ No acepto

Nombre del Padre o Guardián: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____