



Estimado padre o tutor:

Nos complace informarle que la preparatoria de Andrew Hill tiene un Centro de Salud Escolar (CDSE). El Centro de Salud Escolar está dirigido por Bay Area Community Health. cuenta con profesionales con licencia que consisten en salud médica y mental.

Por favor sepa que su hijo puede usar el Centro de Salud Escolar y ver a sus otros médicos también. La firma de este consentimiento no cambia su seguro, no cambia su médico privado y no afecta el número de veces que su hijo puede ver a su médico principal.

En el Centro de Salud Escolar, su hijo puede recibir la mayoría de los servicios enumerados a continuación sin costo alguno para usted, independientemente del estado del seguro. El SBHC facturará al seguro, y hay una escala móvil para cualquier servicio que no esté cubierto por el seguro.

Los servicios del centro de salud escolar incluyen:

- Exámenes físicos completos
- Medicamentos y recetas
- Pruebas de laboratorio médico; Inmunizaciones
- Atención médica, incluido el tratamiento para afecciones agudas y crónicas
- Atención dental
- Salud mental Asesoramiento y servicios
- Revisión de la visión, la audición, el asma, la obesidad y otras afecciones médicas;
- Educación y Consejería en Salud

Para inscribir a su hijo en los servicios de nuestro Centro de Salud Escolar, lea, firme y devuelva el formulario de consentimiento de los padres.

Esperamos conocerlo y esperamos poder brindarle servicios de salud a su hijo. No dude en visitarnos en el Centro de Salud Escolar o llámenos al 408-347-4240 para obtener más información.

Atentamente,

Bay Area Community Health



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

3200 Senter Rd, San Jose, CA 95111

** Devuelva este formulario a la clínica del campus o envíe el formulario completo por correo electrónico al buzón seguro a: sbhc.bh@bach.health

Por favor sepa que su hijo puede usar el Centro de Salud Escolar y ver a sus otros médicos. firmar este consentimiento no cambia su seguro, no cambia su médico privado y no afecta el número de veces que su hijo puede ver a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Información de los padres
<p>Apellido del estudiante: _____</p> <p>Nombre del estudiante: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ <small style="margin-left: 100px;">Mez Día Año</small></p> <p>Domicilio del estudiante: _____ _____ <small style="margin-left: 100px;">Ciudad Stado Código Postal</small></p> <p>Correo electrónico del estudiante: _____</p> <p>* Número de seguro social estudiantil: _____</p> <p>Genero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> fémina</p> <p>Grado Escolar: _____</p> <p>Raza étnica: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Enumerar el médico regular del estudiante, si tiene uno?</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Indicar la Farmacia donde podemos enviar las recetas.</p> <p>Farmacia: _____</p> <p>Domicilio de Farmacia: _____</p> <p>Tel. de Farmacia: _____</p> <p>*Indica campo opcional: Se utiliza solo para fines de seguro</p>	<p><u>Padre/tutor legal:</u></p> <p>Si es tutor legal, relación con el estudiante:</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tia/Tia <input type="checkbox"/> Padres adoptivos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p>Numero de Tel: _____</p> <p>Teléfono celular: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Idioma preferido del padre/tutor: _____</p> <p><u>Tutor legal / padres:</u></p> <p>Si es tutor legal, relación con el estudiante:</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tia/Tio <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p> <p>Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p>Numero de Tel: _____</p> <p>Teléfono celular: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Idioma preferido del padre/tutor: _____</p> <p style="text-align: center;">CONTACTO ADICIONAL DE EMERGENCIA</p> <p>Nombre: _____</p> <p>relación con el estudiante: _____</p> <p>Numero de Tel: _____</p> <p>Teléfono celular: _____</p> <p>Idioma preferido de contacto de emergencia: _____</p>
INSURANCE INFORMATION	



<p>Su hijo tiene Medi-Cal?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si:</p> <p>Numero de ID: _____</p> <p>Su hijo tiene otro seguro médico?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Plan de Salud: _____</p> <p>ID de Miembro/ Numero de póliza: _____</p> <p>Numero de telefono del plan: _____</p>	<p>Si su hijo no tiene seguro médico, ¿le gustaría que un representante se comuniqué con usted para ayudarlo a obtener un seguro médico</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Cuál es el mejor momento para contactarlo? _____</p>
---	--

Recuadro 1. CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR. Por favor, firme las casillas 1 y

He leído y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar. Además, estoy de acuerdo en que informaré de inmediato al Centro de Salud Escolar por escrito de cualquier cambio en el examen físico de mi hijo o salud dental y cualquier cambio en la custodia de mi hijo que afecte mi capacidad de proporcionar este consentimiento en nombre de mi hijo. Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para la realización de exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con el comportamiento sexual y la prevención del embarazo, y la prestación de servicio donde la salud del estudiante parece estar en peligro. No se requiere el consentimiento de los padres para estudiantes mayores de 18 años o para estudiantes que son padres, casados o legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Mi firma también da mi Consentimiento para comunicarse con otros proveedores que han examinado a mi hijo.

X _____

Firma del padre/tutor **Fecha**

Recuadro 2. CONSENTIMIENTO PARENTAL COMPATIBLE CON HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

He leído y entiendo la divulgación de información de salud en el Recuadro 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para

Divulgar únicamente la información médica especificada en la sección del recuadro 2. Esta información puede estar protegida de la divulgación por la ley federal de privacidad y Ley de California. Además, estoy autorizando al Centro de Salud Escolar a divulgar información médica específica al Distrito de Escuelas Secundarias East Side Union, Las Escuelas Públicas del Condado de Santa Clara y el Departamento de Salud Pública de California, ya sea porque es requerido por ley o por regulación, o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad de mi hijo.

X _____

Fecha

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud con licencia estatal de BAY AREA COMMUNITY HEALTH/ANDREW HILL HIGH SCHOOL como parte del programa del centro de salud basado en la escuela. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en áreas de servicio específicas de conformidad con la ley, y se alentará a los alumnos a involucrar a sus padres o tutores en counseling and medical care decisions.

Los servicios del Centro de Salud Escolar pueden incluir, pero no se limitan a:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, incluyendo: Exámenes de la visión (incluyendo anteojos y dilatación de los ojos), audición, asma, obesidad, escoliosis, Tuberculosis y otras afecciones médicas, primeros auxilios e inmunizaciones requeridas y recomendadas.
2. Examen físico integral (examen médico completo), incluidos los de la escuela, los deportes, los documentos de trabajo y las nuevas admisiones.
3. Pruebas de laboratorio recetadas médicamente, como anemia, células falciformes y diabetes. Medical care and treatment, including diagnosis of acute and chronic illness and disease, and dispensing and prescribing of medications.
4. Referencias para servicios no proporcionados en el centro de salud escolar.
5. Cuestionario/encuesta anual de salud.