



Descripción del Programa del Centro de Salud Escolar

¿Qué es un Centro de Salud Escolar?

Un centro de salud escolar es un compromiso compartido entre los centros escolares de una comunidad y las organizaciones sanitarias para apoyar la salud, el bienestar y el éxito académico de los alumnos mediante la prestación de servicios preventivos, de intervención precoz y de tratamiento allí donde están los alumnos, es decir, en la escuela.

Los alumnos pueden recibir tratamiento para enfermedades agudas, como la gripe, y crónicas, como el asma y la diabetes. También pueden someterse a pruebas de detección de problemas dentales, visuales y auditivos. Haciendo hincapié en la prevención, la intervención precoz y la reducción de riesgos, los centros de salud escolares asesoran a los alumnos sobre hábitos saludables y sobre cómo evitar lesiones, violencia y otras amenazas.

El personal actual de la clínica escolar seguirá encargándose de la supervisión diaria de la salud escolar. El Centro de Salud Escolar complementará la clínica escolar al estar a disposición de todos los alumnos, incluidos los que carecen de asistencia sanitaria y los que necesitan servicios como atención primaria, mental, bucodental o de la vista. Incluso si su hijo ya tiene un médico de atención primaria, podrá beneficiarse de nuestros servicios sanitarios en caso de que surja algún problema en la escuela.

¿Por qué colaboramos con MCR Health?

Durante más de 40 años, MCR Health ha defendido la definición de comunidad abrazando la diversidad y proporcionando asistencia sanitaria a nuestra comunidad y ayudando a los necesitados mediante la recogida de material escolar, la organización de una campaña anual de recogida de juguetes para los niños desfavorecidos, el patrocinio de equipos deportivos y clubes cívicos. MCR Health es un grupo médico privado sin fines de lucro que ofrece servicios de medicina familiar, pediatría, obstetricia y ginecología, salud conductual, oftalmología, odontología y muchos otros. Tienen más de 30 centros de salud, tres unidades móviles, más de 15 farmacias y seis centros administrativos. Se trata de uno de los mayores y más diversificados centros de salud federalmente cualificados del sureste de Estados Unidos.

¿Cómo funcionará este centro?

- Debe completar el formulario de consentimiento adjunto y otras páginas de información y enviarlo a la escuela con su estudiante. Su estudiante puede traer el papeleo completado a la oficina principal ATTN: Centro de Salud Escolar.
- Si su hijo se siente enfermo o lesionado en la escuela, continuará yendo a la Clínica Escolar, y la Enfermera Escolar o Técnico Médico del Departamento de Salud actual determinará si su hijo se beneficiaría de más atención y seguimiento en el Centro de Salud Escolar. Si tiene un consentimiento en el expediente, lo remitirán directamente al Centro de Salud, se le proporcionará cualquier tratamiento y receta necesarios. Si su hijo no tiene un consentimiento archivado para el Centro de Salud Escolar, el personal de la clínica escolar se pondrá en contacto con usted.
- El horario del Centro de Salud Escolar será de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:00 p.m. (Salud Conductual de 8 a.m. a 5 p.m.) cuando haya clases.
- El Centro de Salud Escolar no sustituye al médico habitual de su hijo y la participación en el programa no significa que usted cambie el médico de su hijo. Se le animará a tener cualquier seguimiento necesario con ese médico y un resumen de la visita de su hijo en el Centro de Salud Basado en la Escuela será enviado al médico de su hijo. Si su hijo no tiene un médico regular, entonces el personal y SBHC puede servir en ese papel. Si su hijo ya es paciente de MCR Health, usted tendrá que firmar este consentimiento para utilizar el Centro de Salud en la Escuela.
- Usted o su hijo puede ponerse en contacto con el centro de salud de su escuela (**ver números de teléfono a continuación**) y programar citas para exámenes físicos, vacunas, deportes requeridos y/o exámenes físicos de empleo, u otras preocupaciones de salud y mentales asociados una vez que tengamos los consentimientos en el archivo. El SBHC también tendrá un calendario de cuando la visión MCR Salud y furgoneta dental estará aquí para que pueda programar estas citas antes de tiempo.
 - **CENTRO DE SALUD INFANTIL Y FAMILIAR DE DAUGHTREY: (941) 304-3960**
 - **CENTRO DE SALUD SITUADO EN LA ESCUELA PRIMARIA DE MANATEE: (941) 348-1161**
 - **MCR HEALTH SOUTHEAST HIGH SCHOOL - CENTRO DE SALUD ESCOLAR: (941) 245-0057**



Derechos y Responsabilidades del Paciente

La ley de Florida exige que su proveedor de atención médica o centro de atención médica reconozca sus derechos mientras recibe atención médica y que respete el derecho del proveedor de atención médica o centro de atención médica a esperar cierto comportamiento por parte de los pacientes. Puede solicitar una copia del texto completo de esta ley a su proveedor o centro de atención sanitaria. A continuación, figura un resumen de sus derechos y responsabilidades:

- El paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, apreciando su dignidad individual y protegiendo su necesidad de intimidad.
- El paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a sus preguntas y solicitudes.
- El paciente tiene derecho a saber quién le presta servicios médicos y quién es responsable de su atención.
- El paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluido si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
- El paciente tiene derecho a saber qué normas y reglamentos se aplican a su conducta.
- El paciente tiene derecho a que el profesional sanitario le facilite información sobre el diagnóstico, el tratamiento previsto, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
- El paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
- El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
- Todo paciente que tenga derecho a Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor o centro de asistencia sanitaria acepta la tarifa de asignación de Medicare.
- El paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud y antes del tratamiento, una estimación razonable de los costes de la atención médica.
- El paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y, previa solicitud, a que se le expliquen los cargos.
- El paciente tiene derecho a un acceso imparcial al tratamiento médico, independientemente de su raza, nacionalidad, religión, discapacidad física o fuente de pago.
- El paciente tiene derecho a recibir tratamiento para cualquier afección médica de urgencia que vaya a deteriorarse si no se le proporciona tratamiento.
- El paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negarse a participar en dicha investigación experimental.
- El paciente tiene derecho a expresar sus quejas en relación con cualquier violación de sus derechos, tal y como se establece en la legislación de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de asistencia sanitaria o del centro sanitario que le atendió y ante la agencia estatal de concesión de licencias correspondiente.
- El paciente es responsable de proporcionar al profesional sanitario, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus dolencias actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- El paciente es responsable de informar al médico de cualquier cambio inesperado en su estado de salud.
- El paciente es responsable de informar al profesional sanitario de si comprende el curso de acción previsto y lo que se espera de él.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico.
- El paciente es responsable de acudir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, de notificarlo al médico o al centro sanitario.
- El paciente es responsable de sus actos si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del profesional sanitario.
- El paciente es responsable de garantizar que las obligaciones financieras de su asistencia sanitaria se cumplan lo antes posible.
- El paciente es responsable de cumplir las normas y reglamentos del centro sanitario que afecten a la atención y conducta del paciente.



**MCR FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE SALUD
CONDUCTUAL/MENTAL**

FECHA: _____

HORA: _____

Por la presente autorizo a MCR Health y al personal de Servicios de Salud del Comportamiento, y a quienes puedan ser designados como proveedores autorizados para administrar el tratamiento que sea necesario para proporcionar tratamiento de salud del comportamiento, incluyendo, pero no limitado a (marque todo lo que corresponda):

Terapia Individual **Terapia Grupal** **Evaluación y gestión de la medicación**
 Evaluación psicológica/pruebas neuropsicológicas **Tratamiento Asistido con Medicación (MAT)**
 Tratamiento ambulatorio del abuso de sustancias **Otro:** _____

Asimismo, autorizo el tratamiento que se considere terapéuticamente necesario en función de los hallazgos que se produzcan en el transcurso de dicho tratamiento o que puedan derivarse de afecciones médicas y/o psiquiátricas actualmente imprevistas.

Por la presente certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior. Se me han explicado las razones por las que se considera necesario el tratamiento arriba mencionado, así como los posibles modos alternativos de tratamiento. Asimismo, certifico que no se me ha dado ninguna garantía ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Firma del Paciente

Firma del Testigo

Relación

Firma del Testigo

Relación



FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Idioma Preferido: _____

¿Necesita un Traductor? Sí: ___ No: ___

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO

Fecha de nacimiento:

SEGURIDAD SOCIAL: _____ / / SEXO: _____ RAZA: _____ ESTADO CIVIL: _____

TEL. PRINCIPAL: _____ TEL. ALTERNATIVO: _____ MEJOR TEL. DE CONTACTO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____ ¿SE PUEDE DEJAR UN MENSAJE EN ESTE NÚMERO?
Sí ___ No ___ MEJOR HORA PARA LLAMAR: ___ AM / PM

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____ / _____ / _____ / _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal

DIRECCIÓN POSTAL _____ / _____ / _____ / _____

(de ser diferente) Dirección postal/apartado de correos Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN DEL GARANTE: (SI ES DIFERENTE DEL PACIENTE)

NOMBRE DEL GARANTE: _____

APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO

FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE: _____ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL GARANTE: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

EMPLEO: PACIENTE O GARANTE (MARQUE UNO)

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

¿DESEA SOLICITAR UN BAREMO DE TASAS REDUCIDAS? ___ SÍ ___ NO

Cualquier paciente que desee tarifas reducidas para los servicios será entrevistado para determinar su elegibilidad. Se requiere la documentación apropiada de la información financiera.



FORMULARIO ANUAL DE CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y SEGURO

Por la presente doy permiso para que el personal médico y/o dental de MCR Health trate y prescriba medicamentos, según lo consideren necesario.

Este consentimiento se otorga libre y voluntariamente autorizando a MCR Health a divulgar cualquiera de los siguientes datos a mi compañía de seguros o a cualquier otra fuente de pago a fin de que se pueda realizar el pago directo a la institución mencionada en mi nombre. Por la presente acepto y me comprometo a que, en contraprestación por el tratamiento de mi persona o de mi hijo o cónyuge, pagaré el costo de dicho tratamiento.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDICAID (el Formulario de Divulgación debe ir Acompañado de una Copia de la Tarjeta)

Certifico que soy beneficiario del Programa Medicaid y solicito que se realicen los pagos y beneficios autorizados en mi nombre. Autorizo a MCR Health y a mi compañía de seguros a poner a disposición de la División de Servicios Familiares de Florida y la información solicitada sobre el seguro médico y los registros financieros relacionados con mi atención médica. Por la presente certifico que todos los seguros serán asignados a MCR Health por los servicios prestados.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN DE POR VIDA DE MEDICARE (el Formulario de Divulgación debe ir Acompañado de una Copia de la Tarjeta)

Solicito que se me paguen a mí o en mi nombre las prestaciones autorizadas de Medicare por los servicios que me ha prestado MCR Health. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Health Care Financing Administration y a sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios por servicios relacionados.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____



FORMULARIO ANUAL SOBRE LA CONDICIÓN DE VETERANO DE LA FAMILIA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. ¿Es usted un indigente?	Sí: _____	No: _____
2. ¿Es usted un veterano?	Sí: _____	No: _____

En los dos últimos años o antes de la jubilación o invalidez, ¿usted o el "cabeza de familia" han:

3. ¿Usted o el cabeza de familia han trabajado en la agricultura: plantando, labrando, cosechando o empaquetando cultivos de la tierra como frutas y verduras?

_____ Sí (VAYA A #A) _____ No (PARE AQUÍ)

A. ¿Se trasladó usted o el cabeza de familia de esta zona a otro condado o estado en busca de trabajo agrícola?

_____ Sí → Trabajador Agrícola Migrante ___ No (Vaya a #B)

B. ¿Ha vivido su familia en esta zona y obtenido más de la mitad de sus ingresos de la agricultura estacional?

_____ Sí → Trabajador Agrícola Temporero

Firma del Paciente/Garante: _____ Fecha: _____

Centro de Salud Escolar Consentimiento de los Padres para Recibir Servicios

<i>Sólo para Uso de Oficina</i>	
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PROGENITOR/GUARDIÁN
<p>Apellido del Estudiante: _____</p> <p>Nombre del Estudiante: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ <i>Día Mes Año</i></p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____</p> <p>Dirección del Estudiante: _____ _____ _____ <i>Ciudad Estado Código Postal</i></p> <p>¿Quién es el médico habitual del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Alergias: _____ Medicamentos: _____</p>	<p>Madre Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p>Padre Apellido: _____ Nombre: _____</p> <p>Guardián Legal, Si Aplica Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del guardián con el estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía o Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Teléfono Hogar: _____ Teléfono Trabajo: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Modo de contacto preferido: teléfono, mensaje de texto o correo electrónico - marque con un círculo</p> <p>Contacto de emergencia adicional Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____ Teléfono Hogar: _____ Teléfono Trabajo: _____ Celular: _____</p>
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO	
<p>¿Tiene su hijo Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Medicaid ID# _____</p> <p>¿Tiene su hijo Florida Kid Care? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: # _____</p> <p>Si su hijo no tiene seguro médico, se solicitará información sobre los ingresos de su familia para garantizar el cumplimiento de los requisitos federales y determinar si reúne los requisitos para recibir tarifas reducidas o exenciones. No se negará la atención a ningún niño por no poder pagar los servicios. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.</p> <p>¿Desea que un representante del Centro de Salud Escolar se comunice con usted para informarle sobre las opciones/planes de seguro médico?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál es el mejor momento para ponerse en contacto con usted? _____</p>	<p>¿Tiene su hijo cobertura a través de su empresa o de algún otro tipo de seguro médico?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Plan de Salud: _____</p> <p>ID de Afiliado/Número de Póliza: _____</p> <p>Teléfono del Seguro Médico: _____</p> <p>Entiendo que MCR Health facturará a terceros por sus servicios, incluyendo cualquier aseguradora de salud aplicable, o puede pedir a los estudiantes que se inscriban en Medicaid u otro programa de seguro público.</p>
CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
<p>He leído y entiendo los servicios enumerados en las páginas siguientes, y mi firma proporciona el consentimiento para que mi niño reciba los servicios proporcionados por la escuela primaria de Manatee, el centro de salud basado en la escuela y MCR Health, Inc.</p> <p>NOTA: Un menor es una persona menor de 18 años. Como regla general, la ley de Florida requiere que un menor que busca tratamiento médico para obtener el consentimiento de un padre o tutor. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias y los Estatutos de Florida, el consentimiento de los padres no es necesario para la atención de emergencia (FS 743.064), la atención relacionada con el embarazo (FS 743.065) la atención de enfermedades de transmisión sexual (FS 384.30), la atención del VIH / SIDA (FS 384.23 (3) y FAC R. 64D-2.004), la atención de Drogas / Alcohol (FS 397.601), Servicios Ambulatorios de Salud Mental (FS 394.4784). El consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes que tienen 18 años o más o para los estudiantes que son padres o legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.</p> <p>X _____</p> <p>Firma del progenitor/tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o si la ley lo permite) Fecha</p>	
CONSENTIMIENTO PATERNO CONFORME A LA HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA	
<p>He leído y comprendo la divulgación de información médica en la página 2 de este formulario. Mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado.</p> <p>X _____</p> <p>Firma del Progenitor/Tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o si la ley lo permite) Fecha</p>	

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

Centro de Salud Escolar Consentimiento de los Padres para Recibir Servicios

SERVICIOS DE LOS CENTROS DE SALUD ESCOLARES

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud con licencia estatal de MCR Health en asociación con el Centro de Salud Escolar y el Distrito Escolar del Condado de Manatee. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud será asegurada en áreas específicas de servicio de acuerdo con la ley, y que los estudiantes serán alentados a involucrar a sus padres o tutores en el asesoramiento y las decisiones de atención médica. Los servicios del Centro de Salud Escolar pueden incluir, pero no se limitan a:

- a. Atención y tratamiento médico, incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y dolencias agudas y crónicas, primeros auxilios para lesiones leves y dispensación y prescripción de medicamentos.
- b. Exámenes físicos completos, incluidos los escolares, deportivos, documentos de trabajo y nuevos ingresos.
- c. Vacunaciones
- d. Servicios de laboratorio prescritos médicamente
- e. Educación sanitaria y asesoramiento para la prevención de conductas de riesgo como el consumo de drogas, alcohol y tabaco, así como educación sobre la abstinencia y la prevención del embarazo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH, según proceda.
- f. Servicios oftalmológicos, que pueden incluir exámenes oftalmológicos completos, incluida la dilatación, la terapia oftalmológica y la adaptación y dispensación de correctivos oftalmológicos.
- g. Servicios dentales, que pueden incluir revisiones dentales, limpiezas dentales, selladores dentales, barnices de flúor, educación en salud bucodental y derivaciones.
- h. Suministro de medicamentos sin receta y prescripción de los medicamentos que se consideren necesarios para el tratamiento.
- i. Servicios de salud mental, como detección, evaluación y asesoramiento.
- j. Derivaciones para servicios sanitarios que no puedan prestarse en esta clínica.
- k. Cuestionario/encuesta anual de salud.

Excepto que NO quiero que mi hijo reciba los siguientes servicios de la lista anterior:

Si no desea que su hijo reciba uno o más de los servicios anteriores, indíquelo aquí.

CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA

CONSENTIMIENTO PATERNO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA CONFORME A LA HIPAA

Mi firma en el reverso de este formulario autoriza la divulgación de información médica. Esta información puede estar protegida de divulgación por la ley federal de privacidad y la ley estatal.

Al firmar este consentimiento, autorizo que se comunique y comparta información médica entre MCR Health, el Distrito Escolar del Condado de Manatee, el personal de la clínica escolar del Departamento de Salud del Condado de Manatee y otros proveedores (como el médico o dentista habitual de su hijo), según sea necesario para el tratamiento de mi hijo. Esto puede incluir información médica o educativa relacionada con diagnósticos y tratamientos psiquiátricos, de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA, así como registros educativos, registros de vacunación, datos de suspensiones/remisiones a la oficina, datos de asistencia, remisiones a equipos de servicios estudiantiles y comunicación escrita y verbal con el personal escolar relacionada con la intervención en salud mental.

Se garantiza la confidencialidad entre el alumno, los padres y el centro de salud. Por ley, cierta información requiere el consentimiento firmado del alumno antes de ser revelada a nadie, incluidos los padres/tutores. El personal animará a cada estudiante a involucrar a sus padres/tutores en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Soy el tutor legal del niño arriba mencionado. Entiendo que si la tutela cambia un nuevo consentimiento debe ser firmado por el tutor legal.

Si lo solicito, el centro o la persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Mis preguntas sobre este formulario han sido contestadas. **Entiendo que la utilización de los servicios del Centro de Salud Escolar es opcional. Los servicios de enfermería escolar y de emergencia se seguirán prestando como siempre, tanto si se da el consentimiento al Centro de Salud Escolar como si no.**

Entiendo que mi consentimiento cubre solamente los servicios proporcionados en el centro de salud basado en la escuela. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante, si no quiero que mi hijo reciba servicios en el centro de salud basado en la escuela, proporcionando una carta por escrito a la escuela en la que está inscrito el estudiante.

Entiendo que este formulario de consentimiento permanece vigente durante el año escolar en el que fue firmado, o hasta que la clínica reciba una revocación por escrito de mi parte.

Mi firma en la página 1 de este formulario también da mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica por MCR Health and School Based Health Center.

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO