

Escuela Secundaria Southeast

Estimado padre o tutor,

3 de agosto de 2023

Southeast High School está entusiasmada por el cuarto año de operación del Centro de Salud Basado en la Escuela de Salud MCR, que ofrece servicios clínicos y de asesoramiento aquí en el campus. El personal existente de la clínica escolar de SEHS continuará administrando la supervisión diaria de los servicios de salud y emergencia escolar. La utilización del Centro de Salud Escolar MCR Health es opcional.

Este trabajo es una asociación de MCR Health, el Distrito Escolar del Condado de Manatee y su clínica escolar para brindar atención médica de calidad a los estudiantes que asisten a Southeast High School. Esto está en línea con la misión del Distrito Escolar del Condado de Manatee de proporcionar educación y desarrollo a todos los estudiantes hoy para su éxito mañana.

Los servicios continuos ofrecidos a través del Centro de Salud Escolar de MCR Health incluyen:

- Exámenes anuales de bienestar
- Visitas por enfermedad
- Exámenes físicos escolares / deportivos
- Vacunas
- Servicios de Consejería
- Exámenes de la vista y servicios dentales
- y más!

Para que su hijo reciba servicios en el Centro de Salud Escolar, un padre o tutor legal debe leer, completar y firmar el paquete de solicitud / formularios de consentimiento que se adjuntan. Incluso si su hijo ya tiene un médico de atención primaria, aún puede beneficiarse de nuestros servicios de salud en caso de que surja un problema en la escuela. Se acepta la mayoría de los seguros privados, así como Medicaid. Para los estudiantes sin seguro, las tarifas de escala móvil están disponibles para aquellos que califican.

Para obtener más información sobre el Centro de Salud Escolar, llame al (941) 741-3366 ext. 36078. Para programar una cita, llame al (941) 245-0056. El Centro de Salud Escolar está ubicado en el campus en Portables 422 y 423 y estará abierto de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. cuando la escuela esté en sesión.

El objetivo de este programa es mejorar el resultado académico mejorando la salud general de nuestros estudiantes. En Southeast High School, reconocemos que los estudiantes saludables son el futuro del mañana.

Sinceramente,


Ginger Collins
Principal

"Toda la información de los estudiantes estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, una ley estadounidense diseñada para proporcionar estándares de privacidad para proteger los registros médicos de los pacientes y otra información de salud proporcionada a planes de salud, médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica".

Separe y guarde esta página para sus registros



Descripción del programa del centro de salud escolar SEHS

¿Qué es un centro de salud escolar?

Un centro de salud escolar es un compromiso compartido entre las escuelas de una comunidad y las organizaciones de atención médica para apoyar la salud, el bienestar y el éxito académico de los estudiantes al proporcionar servicios preventivos, de intervención temprana y de tratamiento donde están los estudiantes, que es en la escuela.

Los estudiantes pueden recibir tratamiento para enfermedades agudas, como la gripe, y afecciones crónicas, como asma y diabetes. También pueden ser examinados para detectar problemas dentales, de visión y audición. Con énfasis en la prevención, la intervención temprana y la reducción de riesgos, los centros de salud escolares asesoran a los estudiantes sobre hábitos saludables y cómo prevenir lesiones, violencia y otras amenazas.

¿Por qué nos asociamos con MCR Health?

Durante 40 años, MCR Health ha defendido la definición de comunidad al abrazar la diversidad y brindar atención médica a nuestra comunidad y ayudar a los necesitados recolectando suministros para niños en edad escolar, organizando una colecta anual de juguetes navideños para niños desfavorecidos, patrocinando equipos deportivos y clubes cívicos. MCR Health es un grupo médico privado sin fines de lucro que brinda servicios de medicina familiar, pediatría, OB/GYN, salud conductual, visión, odontología y muchos otros. Son uno de los Centros de Salud Federalmente Calificados más grandes y diversificados en el sureste de EE. UU. **MCR Health acepta la mayoría de los seguros privados, Medicaid, y tiene una escala móvil de tarifas para aquellos que son elegibles y no tienen seguro.**

¿Cómo funciona el Centro de Salud Basado en la Escuela de Salud MCR?

- Un padre / tutor debe completar los formularios de consentimiento / solicitud, que están disponibles en la recepción, mostrador de orientación, clínica escolar, portátil # 423 o en el sitio web de SEHS. Su estudiante puede llevar la documentación completa a la oficina principal, ATTN: School Based Health Center, o a Portable 423.
- **Las citas en el Centro de Salud Escolar de MCR Health se pueden hacer llamando al 941-245-0056 una vez que haya un consentimiento en el archivo.**
- Si su hijo se siente enfermo en la escuela, continuará yendo a la escuela y el personal escolar se comunicará con un padre / tutor con respecto al uso del Centro de Salud Escolar. Si el estudiante tiene un consentimiento en el archivo, puede ser referido directamente al Centro de Salud Escolar (Portable #422). Si el estudiante no tiene un consentimiento en el archivo para el Centro de Salud Basado en la Escuela, el personal de la clínica escolar seguirá su procedimiento actual.
- **El Centro de Salud Escolar no reemplaza al médico regular de su hijo** y completar el paquete de consentimiento no significa que esté cambiando el médico de su hijo. Si su hijo ya es paciente de MCR Health, aún tendrá que firmar el paquete de consentimiento del Centro de Salud Basado en la Escuela para utilizar los servicios.

Para obtener más información sobre el Centro de Salud Escolar, llame al (941) 741-3366 ext. 36078. El Centro de Salud Escolar está ubicado en el campus en Portables 422 y 423 y estará abierto de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. cuando la escuela esté en sesión.

Separe y guarde esta página para sus registros

Escuela Secundaria Southeast

Consentimiento Paternal para Servicios del Centro de Salud Escolar

Estudiante actual de la escuela Secundaria Southeast: ☐ No ☐ Sí

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁN
Apellido del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: ____/____/____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">Mes Día Año</div> Seguro Social de Estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____ Dirección de Estudiante: _____ _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> Ciudad Estado Código Postal </div> ¿Quién es el médico regular del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Medicamentos Actuales _____ Alergias Conocidas _____	<u>Madre</u> Apellido: _____ Nombre: _____ <u>Padre</u> Apellido: _____ Nombre: _____ <u>Guardián Legal, Si Aplica</u> Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del guardián legal con estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío o Tía <input type="checkbox"/> Otro: _____ <u>Información de Contacto del padre/madre o guardián</u> Tel. Hogar: _____ Tel. Trabajo: _____ Cel: _____ Correo Electrónico: _____ Modo preferido de contacto: Teléfono, texto o correo electrónico- por favor circule <u>Contacto de Emergencia Adicional</u> Nombre: _____ Relación con Estudiante: _____ Tel Hogar: _____ Tel Trabajo: _____ Cel: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Es su niño/a un paciente ya establecido de Salud MCR? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: ¿Tiene su niño/a Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí # _____ ¿Tiene su niño/a "Florida Kid Care"? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí # _____ Si su niño/a no tiene seguro médico, se le solicitará información del ingreso familiar para asegurar el cumplimiento con los requisitos federales y para determinar si cualifica para tarifas reducidas o exentas. No se le denegará tratamiento a ningún niño que no pueda pagar por los servicios. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.	¿Tiene su niño/a cobertura a través de su empleador o algún otro tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan Médico: _____ ID Miembro/Número de Póliza: _____ Teléfono del Seguro Médico: _____ Yo entiendo que Salud MCR (MCR Health) facturará a terceros por sus servicios, incluyendo cualquier asegurador médico correspondiente o puede solicitarle al estudiante a inscribirse en Medicaid o en otro programa de seguro público.
--	--

CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

He leído y entiendo los servicios indicados en las siguientes páginas y mi firma proporciona el consentimiento para que mi niño/a reciba los servicios del Centro de Salud Escolar y Salud MCR, Inc. de la Secundaria Southeast.

NOTA: Un **menor** es una persona con menos de 18 años. Como regla general, la **ley de Florida** requiere que un **menor** solicitando tratamiento médico obtenga el consentimiento paternal o del guardián. Sin embargo, bajo ciertas circunstancias y estatutos de Florida, el consentimiento paternal no es requerido para tratamiento de Emergencia (FS 743.064), Planificación Familiar y Contraceptivos (FS 381.0051), cuidados relacionados al Embarazo (FS 743.065), atención de Enfermedades de Transmisión Sexual (FS 384.30), tratamiento del VIH/SIDA (FS 384.23(3) FAC R. 64D-2.004), tratamiento por Drogadicción/Alcoholismo (FS 397.601), Servicios Ambulatorios de Salud Mental (FS 394.4784). No se requiere consentimiento paternal para estudiantes de 18 años o mayores, o para estudiantes que son padres o que están legalmente emancipados. Mi firma indica que he recibido una copia de este Aviso de Practicas de Privacidad.

X _____

Firma del Padre/Guardián (o del estudiante si tiene 18 años o mayor o de lo contrario permitido por ley)

Fecha

CONSENTIMIENTO PATERNAL DE DIVULGACIÓN DE INFORMACION MÉDICA HIPAA

He leído y entiendo la divulgación de información médica al otro lado de esta forma. Mi firma indica mi consentimiento a divulgar la información médica como especificado.

X _____

Firma del Padre/Guardián (o del estudiante si tiene 18 años o mayor o de lo contrario permitido por ley)

Fecha

POR FAVOR ASEGÚRESE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

Escuela Secundaria Southeast
Consentimiento Paternal para Servicios del Centro de Salud Escolar

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Yo doy consentimiento a mi niño/a para recibir servicios de salud proveídos por los Profesionales de la Salud de Salud MCR en asociación con la Secundaria Southeast, el Centro de Salud Escolar, el Distrito Escolar de Manatee. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud será garantizada en áreas específicas de acuerdo con la ley y los estudiantes serán alentados a involucrar a sus padres o guardianes en las decisiones de consejería y tratamiento médico. Los servicios del Centro de Salud Escolar incluyen, pero no están limitados a:

- a. Atención médica y tratamiento, incluyendo diagnóstico y tratamiento de afecciones agudas y crónicas y enfermedades, ayuda de primeros auxilios para lesiones menores y prescripciones y despacho de medicamentos.
- b. Exámenes físicos generales incluyendo los que se requieren para la escuela, deportes, documentos de empleo y nuevas admisiones
- c. Inmunizaciones
- d. Servicios de laboratorio medicamento prescritos
- e. Educación de la salud y consejería para la prevención de comportamientos de riesgo tales como: drogas, alcohol y abuso del tabaco (fumar) y vapeo ("vaping"), como también educación relacionada a la abstinencia y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y VIH según sea apropiado.
- f. Servicios de la visión, los cuales pueden incluir exámenes completos de la vista incluyendo dilatación, terapia de la vista y el ajuste y el despacho de corrección visual
- g. Servicios dentales, los cuales pueden incluir; examen diagnóstico dental, limpiezas dentales, sellantes dentales, barniz de fluoruro, educación de la salud oral y referidos
- h. Proporcionar medicamentos de venta libre y prescribir (recetar) medicamentos que se consideren necesarios para el tratamiento
- i. Servicios de salud dental, incluyendo examen diagnóstico, evaluación y consejería
- j. Referidos para servicios de salud los cuales no pueden ser proveídos en esta clínica.
- k. Cuestionario/encuesta anual de la salud.

Yo **NO DESEO** que mi niño/a reciba los siguientes servicios de la lista anterior:

Si usted no desea que su niño/a reciba uno o más de los servicios de la lista anterior, por favor escríbalo aquí.

CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD
CONSENTIMIENTO PATERNAL CONFORME A HIPAA PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

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

Al firmar este consentimiento, estoy autorizando a que la información médica sea comunicada y compartida entre Salud MCR, el Distrito Escolar de Manatee, el personal de la clínica escolar del Departamento de Salud de Manatee y otros proveedores (tales como el médico regular de su niño o el dentista), en la medida que sea necesario para el tratamiento de mi niño/a. Esto puede incluir información médica o información educativa relacionada al diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, por uso de drogas y/o alcohol, VIH/SIDA al igual que expedientes educativos, expedientes de inmunización, datos de suspensiones/referidos a la oficina, datos de asistencia, referidos a equipos de servicios al estudiante y comunicación por escrito o verbal con el personal escolar relacionado a la intervención de la salud mental.

Aseguramos la confidencialidad entre el estudiante, los padres y el centro de salud. Por ley, alguna información requiere el consentimiento firmado por el estudiante antes de la divulgación a cualquiera, incluyendo los padres/guardianes. El personal alentará a todos los estudiantes a que involucren a sus padres/guardianes en las decisiones del cuidado de la salud. Yo soy el guardián legal del/la niño/a mencionado/a anteriormente. Entiendo que si cambia la custodia un nuevo consentimiento tendrá que ser firmado por el guardián legal.

A petición mía, la facilidad o la persona que divulgará esta información médica deberá proveerme una copia de este formulario. Mis preguntas respecto a este formulario han sido contestadas. **Yo entiendo que la utilización de los servicios del Centro de Salud Escolar de la Secundaria Southeast es opcional. Los servicios de la clínica escolar y de emergencia se seguirán ofreciendo como de costumbre, independientemente de que se haya dado o no el consentimiento al Centro de Salud Escolar.**

Yo entiendo que mi consentimiento cubre solo los servicios proveídos en la Secundaria Southeast. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante si no deseo que mi niño/a reciba servicios en el Centro de Salud de SEHS proveyendo una carta por escrito a: SEHS School Based Health Center, 1200 37th Ave East, Bradenton, FL 34208.

Yo entiendo que este formulario de consentimiento permanece vigente durante los años que mi niño/a asista a SEHS, Escuelas del Distrito Escolar Manatee, o hasta que la clínica reciba una revocación por escrito de mi parte.

Mi firma al reverso de este formulario también da el consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud por Salud MCR y el Centro de Salud Escolar de SEHS.

POR FAVOR ASEGÚRESE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

Revised 06/02/2020



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

IDIOMA _____

REQUIERE TRADUCTOR? YES ☐ NO ☐

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL
PACIENTE _____

APELLIDO _____

NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

NUMERO SEG. SOC. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ RAZA _____

ESTADO MARITAL _____ TELEFONO PRINCIPAL _____ TELEFONO ALTERNATIVO _____

EL MEJOR TELEFONO PARA LLAMARLE _____ CORREO ELECTRONICO _____

PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE EN ESTE NÚMERO? SI ☐ NO ☐ LA MEJOR HORA PARA LLAMARLE _____ AM/PM ☐ ☐

DIRECCION DEL
PACIENTE _____

CALLE _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

DIRECCION PARA CORREO, SI ES DIFERENTE:

CALLE _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

INFORMACION DEL PAGADOR: (SOLAMENTE COMPLETE ESTA SECCION SI LA INFORMACION ES DIFERENTE A LA DEL PACIENTE)

NOMBRE DEL
PAGADOR: _____

APELLIDO _____

NOMBRE _____

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PAGADOR: _____ NUM. SEG. SOC. DEL PAGADOR: _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

EMPLEO: PACIENTE O PAGADOR (CIRCULE UNO)

NOMBRE DEL EMPLEO: _____

INFORMACION DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ NUMERO DE TELEFONO: _____

DIRECCION: _____

CALLE _____

CIUDAD _____

ESTADO _____

CODIGO POSTAL _____

SU RELACION CON EL PACIENTE: _____

DESEARIA APLICAR POR TARIFA REDUCIDA? SI ☐ NO ☐

Los pacientes que desean aplicar por tarifa reducida de los servicios prestados serán entrevistados para determinar su elegibilidad. Se requieren documentos apropiados como prueba de su información financiera.



AUTORIZACION ANUAL

Yo autorizo al personal médico y/o dental de MCR Health para proveer tratamiento medico y prescribir medicamentos, como ellos lo determinen necesario en: ☐ mi caso, ☐ mi hijo(a), ☐ mis hijos, ☐ mi esposo(a).

Yo, como padre, representante legal o adulto responsable, debo acompañar a todos mis hijos en la clínica y permanecer con ellos por la totalidad de la consulta medica.

Bajo penalidad de perjurio, yo declaro que la información adjunta es verdadera y correcta, y doy mi consentimiento para que MCR Health verifique esta información. Yo autorizo a MCR Health a divulgar cualquier información requerida por la compañía de seguros o por cualquier otra entidad, para facilitar el pago directo en mi nombre a la institución citada anteriormente. Yo estoy de acuerdo que en relación al tratamiento recibido:

en ☐ mi caso, ☐ mi hijo(a), ☐ mis hijos, ☐ mi esposo(a), yo asumiré el costo del tratamiento (s)

FIRMA: _____ FECHA: _____

SU RELACION CON EL PACIENTE: _____

AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION A MEDICAD (Una copia de la tarjeta de Medicaid debe adjuntarse a esta autorización)

Yo certifico que soy beneficiario del programa de Medicaid, y pido que los pagos a mi cuenta y beneficios autorizados sean hechos en mi nombre. Yo autorizo a esta clínica y a su compañía de seguros, que tenga a disposición para la División de Servicios Familiares de la Florida, cualquier información concerniente a mi seguro medico y los archivos financieros relacionados con mi cuidado medico. Yo certifico que todos los pagos de la compañía de seguros sean asignados a esta clínica como pago por los servicios recibidos.

Firma del Cliente

Fecha

AUTORIZACION PERMANENTE PARA MEDICARE (Una copia de la tarjeta de Medicare debe adjuntarse a esta autorización)

Solicito que los pagos para cubrir los beneficios autorizados por Medicare sean hechos a mi persona o en mi nombre por los servicios provistos por MCR Health. Autorizo a cualquiera que tenga mi información médica o alguna otra información acerca de mi persona, a divulgar la toda información requerida por Health Care Financing Administration y sus agentes, para determinar los beneficios relacionados con los servicios recibidos.

Firma del Cliente

Fecha



FORMA DE REGISTRO PARA EL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

1. Es usted indigente y vive en la calle? ☐ Sí ☒ No
2. Es usted un veterano del servicio militar? ☐ Sí ☒ No

En los últimos dos años o antes de su jubilación o incapacidad usted o La Cabeza del hogar ha tenido:

3. Usted o la Cabeza de su hogar han trabajado en agricultura: plantando, cosechando, cultivando o empacando cosecha como frutas o vegetales?

☐ Sí ☐ No → Pare aquí
↓ (continúe con el # A)

A. Usted o la Cabeza de su Hogar se han mudado de esta área a otro condado o a otro estado en busca de trabajo en agricultura?

☐ Sí → Trabajador Migratorio
☐ No ↓ (continúe con el # B)

B. Su familia ha vivido en esta área y más de la mitad de sus ingresos provienen de trabajar durante la temporada agrícola?

☐ Si → Trabajador por Temporadas

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha