



Descripción del Programa de Salud Escolar de Manatee Elementary

¿Qué es un Centro de Salud Escolar?

Un centro de salud escolar es un compromiso compartido entre escuelas y organizaciones de la salud para apoyar la salud, el bienestar y el éxito académico de los estudiantes, proporcionando intervención temprana, preventiva y servicios de tratamiento en el lugar donde los estudiantes están- que es en la escuela.

Los estudiantes pueden ser tratados por enfermedades agudas, tales como la influenza y enfermedades crónicas, incluyendo el asma y la diabetes. También pueden ser examinados por problemas dentales, de visión y audición. Con un enfoque en la prevención, la intervención temprana y reducción de riesgos, los centros de salud escolar aconsejan a los estudiantes sobre hábitos saludables y como prevenir lesiones, violencia y otras amenazas.

El personal de la clínica escolar continuará administrando la supervisión diaria de la salud en la escuela. El Centro de salud Escolar complementará la clínica de la escuela al estar disponible a todos los estudiantes, incluyendo a esos que no tienen asistencia médica y a los que necesitan servicios primarios, mentales, de cuidado oral o de la visión. Aunque su niño/a ya tenga un doctor primario, él o ella aún puede beneficiarse de nuestros servicios de salud de surgir algún problema en la escuela.

¿Por qué nos estamos asociando con Salud MCR ("MCR Health")?

Por 40 años Salud MCR ha mantenido la definición de comunidad valorando la diversidad y proveyendo cuidado de salud a nuestra comunidad. Ha asistido a los necesitados recolectando suministros para los niños en las escuelas, organizando una campaña navideña anual de recolección de juguetes para niños menos afortunados, patrocinando equipos deportivos y clubes cívicos. Salud MCR es un grupo médico privado sin fines de lucro que provee servicios de familia, de pediatría, ginecología, salud del comportamiento, de la visión, dentales y muchos otros servicios. Tienen más de 25 centros de salud, dos unidades móviles, 11 farmacias, y seis localizaciones administrativas. Ellos son uno de los Centros de Salud con calificación federal más grandes y diversificados en el sureste de los Estados Unidos.

¿Cómo funcionará este centro?

- Usted deberá completar el consentimiento/formularios de solicitud. Su estudiante puede traer los formularios completados a la oficina principal ATTN: Centro de Salud Escolar.
- Luego que tengamos su consentimiento en el expediente, usted o su niño pueden comunicarse con el Centro de Salud Escolar (SBHC) en el **941-741-3319** y hacer citas para físicos, inmunizaciones, físicos requeridos para deportes y/o empleo y otras preocupaciones relacionadas a la salud y salud mental. El SBHC también tendrá un itinerario con la información de cuándo estará aquí el camión móvil de servicios de Salud MCR dentales y de la visión para que usted pueda programar las citas de antemano.
- El horario del Centro de Salud Escolar será de lunes a viernes de 8:00am – 4:00pm cuando la escuela está en sesión. El SBHC está programado para abrir Agosto de 2020.
- Si su niño/a se siente enfermo/a o lastimado/a en la escuela él o ella continuará utilizando la Clínica Escolar y el actual Departamento de Salud Escolar de Enfermería y Técnicos Médicos determinará si su niño/a se beneficiaría de tratamiento adicional y seguimiento en el Centro de Salud Escolar. Si usted tiene un consentimiento en su expediente, ellos referirán a su niño/a directamente al Centro de Salud y se proveerá cualquier tratamiento y prescripción que se necesite. Si su niño/a no tiene un consentimiento para el Centro de Salud Escolar en su expediente, el personal de la clínica escolar seguirá el procedimiento actual.
- El Centro de Salud Escolar no toma el lugar del médico regular de su niño/a y afiliarse al programa no significa que usted esté cambiando el médico de su niño/a. Alentamos a que reciba cualquier tratamiento de seguimiento necesario con ese médico y le enviaremos al médico de su niño/a un resumen de la visita en el Centro de Salud Escolar. Si su niño/a no tiene un médico regular, entonces el personal y el Centro de Salud Escolar podrán servir en esa función. Si su niño ya es un paciente de Salud MCR, usted aun tendrá que firmar las formas de consentimiento para poder utilizar el Centro de Salud Escolar de Manatee Elementary.

Escuela Manatee Elementary
Consentimiento Paternal para Servicios del Centro de Salud Escolar

<i>Solo Para Uso de Oficina</i>	
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIÁN
Apellido del Estudiante: _____ Nombre del Estudiante: _____ Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">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; font-size: small;"> _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal </div> ¿Quién es el médico regular del estudiante? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Medicamentos Actuales _____ Alergias Conocidas _____	Madre Apellido: _____ Nombre: _____ Padre Apellido: _____ Nombre: _____ Guardián Legal, Si Aplica Apellido: _____ Nombre: _____ Relación del guardián legal con estudiante <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tío o Tía <input type="checkbox"/> Otro: _____ Información de Contacto del padre/madre o guardián Tel. Hogar: _____ Tel. Trabajo: _____ Cel: _____ Correo Electrónico: _____ Modo preferido de contacto: Teléfono, texto o correo electrónico– por favor circule Contacto de Emergencia Adicional Nombre: _____ Relación con Estudiante: _____ Tel Hogar: _____ Tel Trabajo: _____ Cel: _____
INFORMACION DEL SEGURO	
¿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. ¿Le gustaría que un representante del Centro de Salud Escolar se comunique con usted con relación a las opciones/ planes de seguros médicos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál es la mejor hora para comunicarnos? _____	¿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: _____ ¿Es su niño/a un paciente ya establecido de Salud MCR? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: 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 Manatee Elementary. 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 MEDICA 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 Manatee Elementary
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 Manatee, 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.

Excepto que **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 Manatee Elementary 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 Manatee. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante si no deseo que mi niño/a reciba servicios en el Centro de Salud de Manatee proveyendo una carta por escrito a: Manatee Elementary School Based Health Center, 1609 6th Ave East, Bradenton, FL 34208. Yo entiendo que este formulario de consentimiento permanece vigente durante los años que mi niño/a asista a Manatee El, 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 Manatee Elementary.

POR FAVOR ASEGÚRESE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO



Derechos y responsabilidades del paciente

La ley de Florida requiere 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 del 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 de atención médica o centro de atención médica. A continuación se presenta un resumen de sus derechos y responsabilidades:

- Un paciente tiene derecho a ser tratado con cortesía y respeto, con reconocimiento de su dignidad individual y con la protección de su necesidad de privacidad.
 - Un paciente tiene derecho a una respuesta rápida y razonable a las preguntas y solicitudes.
 - Un paciente tiene derecho a saber quién proporciona servicios médicos y quién es responsable de su atención.
 - Un paciente tiene derecho a saber qué servicios de apoyo al paciente están disponibles, incluso si hay un intérprete disponible si no habla inglés.
 - Un paciente tiene derecho a saber qué reglas y regulaciones se aplican a su conducta.
 - Un paciente tiene derecho a que el proveedor de atención médica le brinde información sobre el diagnóstico, el curso planificado del tratamiento, las alternativas, los riesgos y el pronóstico.
 - Un paciente tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento, salvo que la ley disponga lo contrario.
 - Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su atención.
 - Un paciente que es elegible para Medicare tiene derecho a saber, previa solicitud y antes del tratamiento, si el proveedor de atención médica o el centro de atención médica aceptan la tarifa de asignación de Medicare.
 - Un paciente tiene derecho a recibir, previa solicitud, antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por atención médica.
- Un paciente tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y, a pedido, a que le expliquen los cargos.
- Un paciente tiene derecho a acceso imparcial a tratamiento médico o alojamiento, independientemente de su raza, origen nacional, religión, discapacidad física o fuente de pago.
 - Un paciente tiene derecho a tratamiento por cualquier afección médica de emergencia que se deteriore por no proporcionar el tratamiento.
 - Un paciente tiene derecho a saber si el tratamiento médico es para fines de investigación experimental y a dar su consentimiento o negativa a participar en dicha investigación experimental.
 - Un paciente tiene derecho a expresar sus quejas con respecto a cualquier violación de sus derechos, como se establece en la ley de Florida, a través del procedimiento de quejas del proveedor de atención médica o centro de atención médica que le prestó servicios y a la agencia estatal de licencias correspondiente.
 - Un paciente es responsable de proporcionar al proveedor de atención médica, a su leal saber y entender, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
 - Un paciente es responsable de reportar cambios inesperados en su condición al proveedor de atención médica.
 - Un paciente es responsable de informar al proveedor de atención médica si comprende un curso de acción contemplado y lo que se espera de él o ella.
 - Un paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
 - Un paciente es responsable de cumplir con las citas y, cuando no puede hacerlo por algún motivo, de notificar al proveedor de atención médica o al centro de atención médica.
 - Un paciente es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
 - Un paciente es responsable de garantizar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.
 - Un paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones del centro de atención médica que afectan la atención y conducta del paciente.



SALUD MCR

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO

FECHA _____

HORA _____

Por la presente autorizo a MCR Health y al personal de los Servicios de salud conductual, y cualquiera que sea designado como proveedor autorizado para administrar el tratamiento que sea necesario para proporcionar tratamiento de salud conductual, que incluye pero no se limita a (marque todo lo que corresponda):

___Terapia individual___Terapia grupal___Evaluación y manejo de medicamentos

___Evaluación psicológica / pruebas neuropsicológicas___Tratamiento asistido con medicamentos (MAT)

___Tratamiento de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios___Otro _____

Además, autorizo el tratamiento que pueda considerarse terapéuticamente necesario sobre la base de los hallazgos durante el curso de dicho tratamiento o que puedan surgir de afecciones médicas y / o psiquiátricas actualmente imprevistas.

Por la presente certifico que he leído y entiendo completamente lo anterior. Se me han explicado los motivos por los cuales se considera necesario el tratamiento mencionado anteriormente, así como cualquier posible modo alternativo de tratamiento.

También certifico que no se ha hecho ninguna garantía sobre los resultados que se pueden obtener.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Testimonio firma

Testimonio firma

Firma del paciente

Relación

Relación