

MONTEFIORE SCHOOL HEALTH PROGRAM

3380 Reservoir Oval, LL

Bronx, NY 10467

Tel: 718-696-4060

Fax: 718-231-1586



Estimado Padre/Encargado:

La escuela de su hijo/a con Montefiore Medical Center tiene un centro médico comprensivo de la salud que es diferente a la enfermera de la escuela. El centro médico ofrece los servicios siguientes: primeros auxilios para heridas menor, exámenes físicos de escuela, deportes, o papeles para trabajo, asesoramiento mental de la salud y reducción del estrés, tratamiento de la diabetes y del asma, vacunas y mas.

Para inscribir a su hijo/a en la clínica complete las siguientes formas adjuntas:

- Formulario de consentimiento
- Historial Médico. Toda información es confidencial.
- **Incluya la copia de la tarjeta de vacuna.**
- **Incluya la copia del seguro médico (ambos lados de la tarjeta).**

Información Sobre El Centro De Salud

¿Que son nuestras horas?

Estamos abiertos durante las horas de escuela: lunes a viernes 8:00 AM to 3:30 PM. Cerramos diario para almorzar media hora.

¿Quienes son el equipo del Centro de Salud Escolar de Montefiore?

El personal de la clínica consiste de un médico, una enfermera, un psicólogo o trabajadora social, una recepcionista.

¿Mi hijo/hija necesita tener seguro de salud?

No, vemos a su hijo/hija sin respecto a seguro de salud.

¿Soy responsable para co-pagos?

No, nunca cobramos co-pagos.

Pero si cobramos su seguro de salud cuando posible porque la ganancia ayuda cubrir los gastos de la clínica. También, el seguro es importante para facilitar cualquier referencia a sub-especialistas y para pruebas diagnóstico.

¿Mi hijo/hija necesita ser ciudadano de los Estados Unidos para recibir servicios?

Su hijo/a no tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos para recibir servicios – no colectamos la información con respecto a estado de la ciudadanía.

¿Mi hijo/hija necesita cambiar de doctor para inscribirse en el centro de salud?

No, hay necesidad de cambiar su doctor para inscribirse en el centro de salud. Su hijo/a tendrá acceso al Centro de Salud si esta enfermo/a durante los días y horas escolares y podemos trabajar en conjunto con el doctor para ayudar con los tratamientos médicos por ejemplo: medicamentos para el asma.

Estamos comprometidos a la salud de los estudiantes y los invitamos a compartir sus preguntas o comentarios con nosotros.

Atentamente,
El Equipo del Centro de Salud Escolar de Montefiore

High School Health Centers

Bronx Regional Campus

979 Rogers Place
Bronx, New York 10459
Tel: 718-589-5665
Fax: 718-589-5509

DeWitt Clinton High School

100 W. Mosholu Pkwy So
Bronx, New York 10468
Tel: 718-549-8022
Fax: 718-549-7977

Evander Campus

800 East Gunhill Road
Bronx, New York 10467
Tel: 718-944-5601
Fax: 718-944-5588

Lehman Campus

3000 East Tremont Avenue
Bronx, NY 10461
Tel: 718-430-6375
Fax: 718-430-6316

Theodore Roosevelt Campus

500 East Fordham Road
Bronx, New York 10458
Tel: 718-329-1276
Fax: 718-329-1967

South Bronx Campus

701 St. Anns Avenue
Bronx, NY 10455
Tel: 718-402-7618
Fax: 718-993-1916

Walton Campus

2780 Reservoir Avenue
Bronx, New York 10468
Tel: 718-329-8589
Fax: 718-562-4357

Elementary & Middle School Health Centers

P.S. 8

3010 Briggs Avenue
Bronx, New York 10458
Tel: 718-563-5263
Fax: 718-295-4587

P.S. 28

1861 Anthony Avenue
Bronx, New York 10457
Tel: 718-901-2849
Fax: 718-583-6453

M.S. 45

2502 Lorillard Place
Bronx, New York 10458
Tel: 718-584-2936
Fax: 718-584-2936

P.S. 55 & Mott Hall III

450 St. Paul's Place
Bronx, New York 10456
Tel: 718-588-3766
Fax: 718-538-0698

P.S. 85

2400 Marion Avenue
Bronx, New York 10458
Tel: 718-584-9615
Fax: 718-584-5586

P.S./M.S. 95

3961 Hillman Avenue
Bronx, New York 10463
Tel: 718-796-3440
Fax: 718-601-2357

P.S. 105

725 Brady Avenue
Bronx, New York 10462
Tel: 718-828-3235
Fax: 718-828-3235

I.S. 216, 217, & Charter School

977 Fox Street
Bronx, New York 10459
Tel: 718-617-4449
Fax: 718-617-4756

MS 142

3750 Baychester Avenue
Bronx, NY 10466
Tel: 718-654-5509/3949
Fax: 718-654-9434

MONTEFIORE SCHOOL HEALTH PROGRAM
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA

SCHOOL-BASED HEALTH CENTER SERVICES

Consiento que mi niño reciba servicios de atención de salud ofrecidos por profesionales de salud autorizados para ejercer por el estado en el Montefiore Medical Center como parte del programa de salud en la escuela aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud estará garantizada en áreas específicas de servicio de acuerdo con la ley, y que se alentará a los estudiantes a que involucren a sus padres o tutores en la consejería y las decisiones de cuidado médico. Los Servicios de Salud en la Escuela pueden incluir, pero no se limitan a:

1. Servicios de salud en la escuela obligatorios, incluyendo: exámenes para la visión (abarcando lentes o gafas), audición, el asma, la obesidad, escoliosis, tuberculosis y otras afecciones médicas, primeros auxilios e inmunizaciones requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos generales (examen médico completo) incluyendo aquellos para la escuela, los deportes, documentos relacionados con el trabajo y las nuevas matrículas.
3. Análisis de laboratorio indicados desde el punto de vista médico tales como para la anemia, drepanocitosis y diabetes.
4. Atención médica y tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y el suministro y la indicación de medicamentos.
5. Servicios de salud mental incluyendo evaluación, diagnóstico, tratamiento y referidos.
6. Servicios de atención de la salud reproductiva, incluyendo anticonceptivos, (píldoras anticonceptivas, Depo [la inyección] etc.), pruebas de embarazo, tratamiento y pruebas de detección para enfermedades de transmisión sexual (STD por sus siglas en inglés), pruebas de VIH, pruebas de Papanicolaou y referidos cuando se obtengan resultados anormales, según corresponda a la edad.
7. Orientación sobre nutrición y peso.
8. Orientación y educación para la salud con el fin de prevenir conductas de riesgo tales como: consumo de drogas, bebidas alcohólicas y hábito de fumar, así como educación acerca de la abstinencia sexual y prevención de embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH como sea apropiado por la edad.
9. Exámenes dentales incluyendo: diagnóstico, tratamiento y sellador dental donde esté disponible.
10. Referidos a servicios no ofrecidos en el centro de salud en la escuela.
11. Cuestionario de salud anual.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
FOLLETO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD
CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD EN CONFORMIDAD CON HIPAA

Mi firma al dorso de la página de este formulario autoriza a revelar información médica. Esta información puede ser protegida de la divulgación por la ley federal y estatal sobre la privacidad.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue la información médica a la Comisión de Educación (Board of Education) de la ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la ciudad de Nueva York), o bien porque es requerida por la ley o por las normas del Canciller o porque es necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Al solicitarlo, el centro o la persona revelando esta información médica deben proveerme una copia de este formulario. La ley exige a los padres dar cierta información a la escuela, como la evidencia de inmunización. El no ofrecer esta información puede dar lugar a que se excluya al estudiante de la escuela.

Se han respondido a mis preguntas sobre este formulario. Entiendo que no tengo que autorizar a revelar la información médica de mi niño, y puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar (cancelar) mi autorización por escrito dirigiéndola al Centro de Salud en la Escuela. Sin embargo, después de haberla revelado, no se puede revocar retroactivamente la información revelada antes de la cancelación.

Autorizo al Centro de Salud en la Escuela del Hospital Montefiore Medical Center a revelar información médica específica del estudiante nombrado al dorso de la página a la Comisión de Educación de la ciudad de Nueva York (también conocida como Departamento de Educación de la ciudad de Nueva York).

Consiento en revelar la información médica resumida a continuación del Centro de Salud en la Escuela al Departamento de Educación de la ciudad de NY y del Departamento de Educación de la ciudad de NY al Centro de Salud en la Escuela, para satisfacer los requisitos normativos y asegurar de que la escuela tiene información necesaria para proteger la salud de mi niño y garantizar su seguridad. Entiendo que esta información se mantendrá confidencial de acuerdo con la ley federal y estatal y las normas del Canciller:

Información requerida por la ley o las normas del Canciller:

- Examen del nuevo estudiante (Formulario 211S)
- Inmunizaciones
- Resultados de exámenes de visión y audición
- Resultados de la prueba de tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad:

- Afecciones que pueden necesitar tratamiento médico de emergencia (Formulario 103S)
- Afecciones que limitan la actividad diaria del estudiante (Formulario 103S)
- Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (**no** incluyen la infección por VIH/infecciones de transmisión sexual ni otros servicios confidenciales protegidos por la ley)
- Cobertura del seguro médico

Mi firma al dorso de la página de este formulario también da mi consentimiento al Hospital New York Presbyterian a comunicarse con otros proveedores que han examinado a mi niño y para obtener información del seguro.

Periodo de tiempo en el que se autoriza la revelación de información:

De: Fecha en que se firma este formulario al dorso de la página

A: Fecha en la que el estudiante dejó de estar registrado en el Centro de Salud en la Escuela



Guía De Servicios Preventivos Para Los Adolescentes

Cuestionario Para Padres o Guardianes

Confidencial

(No le diremos a nadie lo que nos diga)

Fecha _____

Nombre del adolescente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del Padre o Guardián _____ Su relación con el adolescente _____

Su número de teléfono: de casa (_____) del trabajo (_____)

Historial Médico del Adolescente

1. ¿Es su adolescente alérgico a alguna medicina?
 Sí No Si la respuesta es Sí ¿a cuál medicina? _____

2. Por favor, díganos qué medicinas está tomando su adolescente.

Nombre de la medicina	Razón para tomarla	Cuánto tiempo tiene tomándola
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. ¿Alguna vez ha estado hospitalizado su adolescente?
 Sí No Si la respuesta es Sí, escriba la edad que tenía y explique cuál era el problema.

Edad	Problema
_____	_____
_____	_____

4. ¿Su adolescente alguna vez se ha lastimado seriamente?
 Sí No Si su respuesta es Sí por favor explique. _____

5. ¿Ha notado cambios en la salud de su adolescente en los últimos 12 meses?
 Sí No Si su respuesta es Sí por favor explique. _____

6. Por favor, marque (✓) si su adolescente alguna vez padeció de alguno de los siguientes problemas de salud. Si su respuesta es Sí marque cuántos años tenía cuando comenzó el problema.

	Sí	No	Edad		Sí	No	Edad
Problemas de aprendizaje/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dolores de Cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Falta de Hierro en la Sangre (anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pulmonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infección de la vejiga o de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fiebre reumática o enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Escoliosis (columna vertebral curva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas Estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis/enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otra(s):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis (enfermedad del hígado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

7. ¿Tiene esta clínica toda la información sobre las vacunas de su adolescente?
 Sí No No estoy seguro

Historial Familiar

8. Algunos problemas de salud se pasan de generación a generación. ¿Hay algún pariente biológico, de su adolescente (padres, abuelos, tíos, o hermanos), que haya tenido alguna de las siguientes enfermedades? Incluya parientes vivos y difuntos. Si la respuesta es Sí, marque cuántos años tenía la persona cuando empezó el problema y su relación con su adolescente.

	Sí	No	No estoy seguro	Edad cuando empezó	Relación con el adolescente
Alergias/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Defectos de Nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer (de qué tipo _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

	Sí	No	No estoy seguro	Edad cuando empezó	Relación con el adolescente
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Problema con la bebida/Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Adicción a drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad del sistema endocrino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataques al Corazón o Embolias <u>antes</u> de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataques al Corazón o Embolias <u>después</u> de los 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alto Nivel de Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad de los Riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Retardo Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tuberculosis/enfermedad del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

9. ¿Con quién vive el adolescente la mayor parte del año? (Marque todas las que sean ciertas)
- Ambos padres en la misma casa Madrastra Hermanas/edades _____
 Madre Padrastro Otra persona _____
 Padre Guardián Legal Solo
 Otro pariente adulto Hermanos/edades _____
10. En estos últimos 12 meses, ¿han habido cambios importantes en su familia? (Marque todos los que sean ciertos.)
- Matrimonios Alguien perdió el trabajo Nacimientos Otros _____
 Separaciones Mudanzas a otros vecindarios Enfermedades graves _____
 Divorcios Cambio de escuela o universidad Muertes _____

Preocupaciones de los padres o guardián

11. Por favor, fijese en los temas que le damos a continuación. Marque (✓) si tiene usted alguna preocupación sobre algún tema con respecto a su adolescente.
- | | Me preocupa | | Me preocupa |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Problemas físicos | <input type="checkbox"/> | Pistolas/armas | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo físico | <input type="checkbox"/> | Malas notas escolares/ausencias/abandono de estudios | <input type="checkbox"/> |
| Peso | <input type="checkbox"/> | Fumar cigarrillos/mascar tabaco | <input type="checkbox"/> |
| Cambios en su apetito | <input type="checkbox"/> | Uso de drogas | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos de dormir | <input type="checkbox"/> | Uso de bebidas alcohólicas | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos de comer/nutrición | <input type="checkbox"/> | Noviazgos/Fiestas | <input type="checkbox"/> |
| La cantidad de actividad física | <input type="checkbox"/> | Conducta sexual | <input type="checkbox"/> |
| Desarrollo emocional | <input type="checkbox"/> | Relaciones sexuales sin protección | <input type="checkbox"/> |
| Su relación con sus padres y familia | <input type="checkbox"/> | VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> |
| Tipo de amigos que tiene | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Transmitidas Sexualmente | <input type="checkbox"/> |
| Auto-proyección o auto-estima | <input type="checkbox"/> | El embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Cambios exagerados de carácter o rebelión | <input type="checkbox"/> | Identidad Sexual (heterosexual, homosexual, bisexual) | <input type="checkbox"/> |
| Depresión | <input type="checkbox"/> | El trabajo u ocupación | <input type="checkbox"/> |
| Mentir, robar, o vandalismo | <input type="checkbox"/> | Otra | _____ |
| Violencia/pandillas | <input type="checkbox"/> | | |
12. ¿Cuáles son los retos personales más difíciles para su adolescente? _____
13. ¿Qué lo enorgullece de su adolescente? _____
14. Hoy, ¿Quisiera hablar sobre algo en especial? ¿Que? _____
15. ¿Nos permite mostrarle a su adolescente su respuesta a la Pregunta #13? Sí No