

## Welcome Letter - School Based Health Center (Spanish)

### Carta de bienvenida - Centro de salud con base en la escuela

#### ESTO NO ES UN DOCUMENTO DEL HISTORIAL MÉDICO

Estimado estudiante/padres o tutores:

La Alianza regional para escuelas saludables (RAHS, *por sus siglas en inglés*) es un grupo único de centros con base en las escuelas que proporcionan servicios de salud en algunas escuelas públicas y comunitarias en los condados de Genesee y Washtenaw. El objetivo de los centros de salud con base en las escuelas de la Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) es ayudar a mejorar la salud y el bienestar de los estudiantes y de sus familias. Los estudiantes con buena salud tienen más éxito en la escuela.

#### ¿Qué es un centro de salud RAHS con base en una escuela?

- En nuestros centros de salud hay médicos, enfermeras especialistas, asistentes sociales y dietistas que están disponibles para cubrir sus necesidades físicas y mentales.
- El propósito de este programa es proporcionar atención médica de calidad en un ambiente amigable, a una hora conveniente para estudiantes y familias. El Centro de salud RAHS NO trata de substituir a su fuente de atención médica regular.
- El centro de salud RAHS está abierto y disponible para TODOS los jóvenes.

#### ¿Qué puedo hacer para inscribirme?

- Por favor, rellene los formularios adjuntos y devuélvalos a la secretaria de su escuela o al centro de salud RAHS. Los formularios adjuntos incluyen:
  - Formularios de consentimiento
  - Un cuestionario sobre el historial médico
  - También necesitamos una copia de la tarjeta del seguro médico del estudiante

#### ¿Qué pasa después de inscribirme?

- Al completar los formularios adjuntos, su hijo puede ser atendido en el Centro de Salud RAHS durante el día escolar si hay preocupación por su salud y llamado para una corta visita de evaluación para la obtención de información médica básica.
- Si su hijo está en la escuela primaria, nosotros pedimos que si usted no puede asistir a la cita con su hijo, uno de los padres/tutores esté disponible por teléfono.
- El Centro de salud RAHS le facturará a su compañía aseguradora los servicios recibidos en nuestros centros.
- Si su hijo/a atiende la escuela primaria Mitchell su hijo/a recibirá servicios en el centro de salud RAHS de la escuela primaria Mitchell, pero tiene la opción de recibir servicios en nuestro centro de salud RAHS Scarlett.

#### ¿Cómo se divulga la información privada sobre la salud de mi hijo?

Por favor visite la página web sobre la notificación de políticas de privacidad de Michigan Medicine:

<http://www.med.umich.edu/hipaa/UMHS-NPPspanish.pdf> o pida

una copia de nuestras políticas de privacidad al Centro de salud RAHS. Esta notificación explica cómo puede ser divulgada la información médica. Por favor revísela atentamente.

Muchas gracias,

#### **Pathways to Success Academic Campus**

2800 Stone School Rd. Rm. 112  
Ann Arbor, MI 48104  
Phone: 734 973 9167

#### **Lincoln High School**

7425 Willis Rd. Rm. P114  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734 714 9600

#### **Richfield Public School Academy**

3807 North Center Road  
Flint, MI 48506  
Phone: 810-285-9815

#### **Carman-Ainsworth High School**

1300 N. Linden Road  
Flint, MI 48532

#### **Scarlett Middle School**

3300 Lorraine, Rm. 204  
Ann Arbor, MI 48108  
Phone: 734 677 2708

#### **Ypsilanti Community Middle School**

235 Spencer Lane, Rm. 301  
Ypsilanti, MI 48198  
Phone: 734 221 2271

#### **Northwestern High School**

G-2138 West Carpenter Road  
Flint, MI 48505  
Phone: 810-760-5076

#### **Kearsley High School**

4302 Underhill Drive  
Flint, MI 48506

#### **Lincoln Middle School**

8744 Whittaker Rd. Rm. 812  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734 714 9509

#### **Ypsilanti Community High School**

2095 Packard Rd. Rm. 403  
Ypsilanti, MI 48197  
Phone: 734 221 1007

#### **Beecher High School**

6655 Neff Road  
Mt Morris, MI 48458  
Phone: 810-591-9333

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) <b>General Consent For Healthcare Services, Assignment of Medical Benefits &amp; Notice of Privacy Practices Acknowledgment (Spanish)</b> <b>Consentimiento general para recibir servicios de atención médica, asignación de beneficios para atención médica y notificación sobre políticas de privacidad de UMHS</b>	MRN: _____ NAME: _____ BIRTHDATE: _____ CSN: _____	SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA
---	---	-------------------------------------

Por favor llene la información sobre el paciente:

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Consentimiento general para servicios de salud

Los servicios médicos requieren un consentimiento firmado antes de ser otorgados. Los siguientes servicios están disponibles:

- Exámenes médicos
- Diagnóstico y manejo de enfermedades agudas y crónicas
- Vacunas
- Exámenes dentales y de la vista
- Análisis básicos de laboratorio incluyendo, análisis de orina, glucosa, prueba rápida de estreptococo, colesterol, hemoglobina
- Venopunción (extracción de sangre)
- Educación sobre salud o grupos de actividad tales como el club de caminata, educación sobre nutrición, manejo de los impulsos y de la ira, programas sobre asma, tutoría entre semejantes, humor y movimiento, consejo consultivo para jóvenes, sanciones para los abusadores (Bully Busters), y otros grupos que se determinarán en base a necesidad (algunos programas están disponibles únicamente para estudiantes de escuela secundaria y preparatoria.)
- Educación sobre la salud/asesoramiento sobre la prevención de riesgos
- Psicoterapia individual, de grupo, y familiar
- Intervención en caso de crisis
- Remisión para tratamiento de abuso de sustancias (estudiantes de escuela secundaria y preparatoria únicamente)
- Remisión para recursos tales como comida, alojamiento, problemas económicos, transporte


**Las intervenciones en casos de crisis y emergencia no requieren consentimiento. Las intervenciones para salvar la vida PODRÁN empezar sin consentimiento previo.** Los servicios que NO se proporcionan en los Centros de Salud RAHS en las Escuelas incluyen dispensar anticonceptivos, consejería sobre el aborto, y psicoterapia a largo plazo.

Nuestro deseo es el de colaborar con usted en el cuidado de su hijo(a). Cabe recalcar que bajo las leyes de Michigan existen ciertos servicios médicos que su hijo(a) podría recibir sin su consentimiento o sin que usted se entere.

**La Ley actual de Michigan manda (exige) dar servicios confidenciales a menores de edad en estas áreas: embarazo, infecciones de transmisión sexual (IST), pruebas y consejería sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).**

***Yo entiendo que bajo la ley estatal de Michigan, en caso que un profesional de la medicina de un centro de salud basado en la escuela se vea expuesto a la sangre o fluidos corporales, las pruebas (incluida la del VIH/SIDA) pueden hacerse sin el consentimiento del paciente.***

Yo entiendo que todos los **registros médicos RAHS** son parte del sistema de registros médicos de la UMHS.

31-10124	VER: A/14 HIM: 08/14	Medical Record		General Consent For Healthcare Services, Assignment of Medical Benefits & Notice of Privacy Practices Acknowledgment (Spanish)
----------	-------------------------	----------------	---	--

UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)  <b>General Consent For Healthcare Services, Assignment of Medical Benefits &amp; Notice of Privacy Practices Acknowledgment (Spanish)</b>  <b>Consentimiento general para recibir servicios de atención médica, asignación de beneficios para atención médica y notificación sobre políticas de privacidad de UMHS</b>	MRN: SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA  NAME:  BIRTHDATE:  CSN:
---	--

Yo entiendo que el Centro de Salud RAHS basado en la escuela utilizará la información necesaria sobre mi hijo para coordinar servicios en la escuela y el pago por dichos servicios según se indican en la notificación sobre prácticas de privacidad.

### Asignación de Beneficios Médicos

Salvo la prohibición por un acuerdo entre mi compañía aseguradora y los Hospitales y Centros de Salud de la Universidad de Michigan (UMHHC) o por leyes estatales o federales, tengo entendido que yo soy responsable de los co-pagos, deducibles y otros cargos por servicios médicos que no pague la aseguradora u otro pagador. Le asigno todos los derechos y beneficios a la UMHHC para facilitar el reembolso por servicios de atención médica. Ayudaré a la UMHHC a darle seguimiento a estas reclamaciones de seguro.

### Reconocimiento de haber recibido la notificación sobre políticas de privacidad (marque sólo UNO):


- Me han informado que la Notificación sobre las Políticas de Privacidad de UMHS están disponibles en el Centro de Salud RAHS si lo solicito. Sé que lo puedo revisar en línea en <http://www.med.umich.edu/hipaa/pdf/npp-summary.pdf>
- Me gustaría recibir mi copia de la Notificación sobre Políticas de Privacidad de UMHS por **Correo de los Estados Unidos**. (US Mail)
- Me gustaría recibir mi copia de la Notificación sobre Políticas de Privacidad de UMHS vía **e-mail** a la siguiente dirección: \_\_\_\_\_ . Entiendo que si el e-mail no funciona, recibiré una copia de la notificación por correo de US.

Si mi hijo está en la escuela primaria, entiendo que este consentimiento seguirá siendo válido hasta que mi hijo entre a la escuela secundaria. Me pedirán que llene otro formulario de consentimiento si hay un centro de salud RAHS basado en la nueva escuela de mi hijo. Si mi hijo está en la escuela secundaria o preparatoria, este consentimiento seguirá siendo válido hasta que mi hijo se gradúe. Puedo retirar mi consentimiento para recibir servicios escribiendo al centro de salud RAHS basado en la escuela en cualquier momento.

**Yo soy el paciente (18 años o mayor), o el representante legalmente autorizado del niño nombrado arriba. He revisado y comprendo los servicios ofrecidos. Doy mi consentimiento para recibir los servicios anteriormente explicados.**

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o representante legal autorizado (si el paciente es menor de edad o está incapacitado para firmar) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fecha (mm/dd/aaaa)

Nombre en letra de molde del representante legal autorizado (si el paciente es menor de edad o está incapacitado para firmar)  
 Relación con el paciente:  Padre  Tutor Legal  DPOA (Durable Power of Attorney) Poder Legal Revocable para Cuidados de Salud

31-10124	VER: A/14 HIM: 08/14	Medical Record		General Consent For Healthcare Services, Assignment of Medical Benefits & Notice of Privacy Practices Acknowledgment (Spanish)
----------	-------------------------	----------------	---	--

MRN:

NAME:

FOR OFFICE  
USE ONLY

BIRTHDATE:

CSN:

**Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) (Spanish)**

**Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional  
para escuelas saludables (RAHS, por sus siglas en inglés)**

Para inscribir a su hijo (o adolescente) en los servicios de la Alianza regional para escuelas saludables rellene, por favor, este cuestionario de salud.

Fecha de hoy: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Nombre del/la niño/a \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idioma principal hablado en casa: \_\_\_\_\_ ¿Necesita intérprete?  Sí  No  
(mm/dd/aaaa)

¿Qué nombre le gusta usar a su hijo/a? \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_ Número de celular del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto.# \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Proporcionar la siguiente información sobre su grupo étnico es estrictamente voluntario y no es necesario para inscribir a su hijo en el programa.**

Grupo étnico:  Indio Americano  Afroamericano  Hispano  Caucásico (blanco)  Asiático  Oriente medio  
 Multiracial (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

Otro (por favor, especifique): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (si el niño es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la mejor manera para localizarlo durante un día escolar?  Casa  Celular  Trabajo  Correo electrónico

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia (si los padres no están disponibles):

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Tiene seguro médico?**  No  Sí:

Nombre de la Compañía aseguradora (Seguro médico): \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor (FDN): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Póliza #: \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_

Fecha de la última revisión médica completa: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un dentista?  Sí  No Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ ¿Fue una revisión de rutina?  Sí  No

¿Tiene su familia una farmacia de preferencia? Nombre: \_\_\_\_\_ teléfono/ubicación: \_\_\_\_\_

**¿Quién vive en casa?**

Nombre:

Relación con el paciente:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) (Spanish)**

**Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional  
para escuelas saludables (RAHS, *por sus siglas en inglés*)**

MRN:  
NAME: FOR OFFICE  
BIRTHDATE: USE ONLY  
CSN:

**MEDICAMENTOS:**  Mi hijo/a no toma ningún medicamento

Nombre del medicamento: Dosis: Razón para tomarlo: ¿Por cuánto tiempo? Recetado por:

---



---



---

**ALERGIAS:** ¿Es su hijo alérgico a alguna medicina, alimento, a picaduras de insecto o tiene alguna alergia estacional?

No  Sí (por favor, enumérelas a continuación):

---



---

**PROBLEMAS MÉDICOS:** Por favor seleccione todas las opciones que correspondan a su hijo/a.

- Asma  Depresión  Discapacidad de aprendizaje  Diabetes  Problemas cardíacos  
 Ansiedad  Convulsiones/Epilepsia  ADD/ADHD (Trastorno de Déficit de Atención / Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad)

Otro (especificar): \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo/a algo de lo siguiente? (seleccione todas las opciones que correspondan)  anteojos  lentes de contacto

aparato auditivo

¿Ha estado su hijo/a hospitalizado/a alguna vez? ¿Ha sufrido lesiones graves, incluyendo lesiones relacionadas con el deporte? o ¿Ha tenido algún tipo de cirugía?

No  Sí: Si es así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ Problema/Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:**

Algunos problemas de salud pasan de generación en generación. ¿Ha sufrido usted o alguno de los familiares de sangre de su hijo/a adolescente (padres, abuelos/as, hermanos/as), vivos o fallecidos, alguno de los siguientes problemas?

- Historial familiar desconocido.  Adoptado  
 Fui adoptado, así que no conozco mi historial familiar.

	Sí	No	No estoy seguro	Relación con el paciente
Alergias/asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer (tipo: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque de corazón o embolia <i>antes de los 50 años</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad mental/depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro (especifique): _____				

**Health History Questionnaire - Regional Alliance for  
Healthy Schools (RAHS) (Spanish)**

**Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional  
para escuelas saludables (RAHS, *por sus siglas en inglés*)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

FOR OFFICE  
USE ONLY

	Sí	No
1. ¿Quiere programar una cita para su hijo/a con la enfermera especialista o con el doctor para hablar de su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones relativas al peso o hábitos alimentarios de su hijo/a? Por favor, explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quiere que nuestro personal le informe sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo encontrar un proveedor de servicios médicos (médico o enfermera especialista)?</li> <li>• ¿Cómo encontrar un dentista?</li> <li>• ¿Cómo conseguir atención médica asequible para la vista o anteojos para su hijo/a?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Quiere ser contactado/a por su terapeuta para discutir sobre la salud emocional de su hijo o sus preocupaciones? <input type="checkbox"/> Mi hijo/a ya está recibiendo servicios por un profesional de la salud mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está usted preocupado/a por qué sus ingresos no alcancen para las necesidades básicas de su familia? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Necesita más comida para su familia?</li> <li>• ¿Necesita ropa adicional para su familia?</li> <li>• ¿Necesita ayuda para pagar las cuentas de la calefacción y del agua?</li> <li>• ¿Necesita ayuda con transporte para citas médicas o en la escuela?</li> <li>• ¿Le preocupa el tema sobre la vivienda para su familia?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Le gustaría recibir información sobre <ul style="list-style-type: none"> <li>• aseguranzas médicas?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si contestó SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores (1-6), un miembro de nuestro personal se pondrá en contacto con usted.**

**MUCHAS GRACIAS.**

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito de la persona que llenó este formulario

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mm/dd/aaaa)

**OFFICE USE ONLY:**

- Pathways to Success Academic Campus
- Lincoln Middle School
- Lincoln High School
- Mitchell Elementary School

- Scarlett Middle School
- Ypsilanti Community Middle School
- Ypsilanti Community High School
- Other (specify): \_\_\_\_\_