

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. 304
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
Phone: 810-591-5473

Scarlett Middle School

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

Ypsilanti Community Middle School

510 Emerick
Ypsilanti, MI 48198
Phone: 734 221 2271

Southwestern Classical Academy

1420 West Twelfth Street
Flint, MI 48507
Phone: 810-760-5076

Kearsley High School

4302 Underhill Drive
Flint, MI 48506
Phone: 810-591-5330

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

6255 Neff Road
Mt Morris, MI 48458
Phone: 810-591-9333

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) General Consent For Healthcare Services, Assignment of Medical Benefits & Notice of Privacy Practices Acknowledgment (Spanish) Consentimiento general para recibir servicios de atención médica, asignación de beneficios para atención médica y notificación sobre políticas de privacidad de UMHS | 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) General Consent For Healthcare Services, Assignment of Medical Benefits & Notice of Privacy Practices Acknowledgment (Spanish) Consentimiento general para recibir servicios de atención médica, asignación de beneficios para atención médica y notificación sobre políticas de privacidad de UMHS | 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) |
|----------|-------------------------|----------------|---|--|

Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Spanish)
Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) – 18 años de edad y mayores

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

Para inscribirse para los servicios de la Alianza regional para escuelas saludables, por favor, rellene este cuestionario médico

Fecha de hoy: ____/____/____ Escuela: _____ Grado: _____
(mm/dd/aaaa)

Nombre del estudiante: _____
Apellido Nombre

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

¿Qué nombre le gusta usar? _____ Sexo: Masculino Femenino

Su correo electrónico: _____ Su número de celular: _____

Dirección: _____ Apto.# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

El proporcionar la siguiente información sobre su grupo étnico es estrictamente voluntario y no es necesario para inscribirse en el programa.

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

Información sobre el contacto de emergencia

Nombre del contacto: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Relación con el estudiante: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuál es la mejor manera para localizar al contacto durante un día escolar?

Casa Celular Trabajo Correo electrónico Otro (especifique): _____

Nombre del contacto adicional:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene usted seguro médico? No Sí

Nombre de la compañía aseguradora (Seguro médico): _____

Nombre del subscriptor: _____ Fecha de nacimiento del subscriptor (FDN): ____/____/____
(mm/dd/aaaa)

Póliza #: _____ Grupo # _____

¿Tiene usted un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)? Sí No

Nombre del médico de cabecera: _____

Fecha de la última revisión médica completa: _____

¿Tiene un dentista? Sí No Nombre del dentista: _____

Fecha de la última visita: _____ (mm/dd/aaaa) ¿Fue una revisión de rutina? Sí No

¿Tiene su familia una farmacia de preferencia? Nombre: _____ Teléfono/dirección: _____

¿Quién vive en casa?

Nombre:

Relación con el paciente:

| | |
|---|---|
| UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Spanish) Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) – 18 años de edad y mayores | MRN: _____ NAME: _____ BIRTHDATE: _____ CSN: _____ |
|---|---|

MEDICAMENTOS: No tomo 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 marque y enumere a continuación):

PROBLEMAS MÉDICOS: Por favor seleccione TODAS las opciones que correspondan:

Asma Convulsiones/Epilepsia Depresión Diabetes ADD/ADHD (Trastorno de Déficit de Atención/ Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad)
 Problemas cardíacos Fiebre del heno/Alergias Discapacidad de aprendizaje Ansiedad
 Otro (especificar): _____

¿Usa algo de lo siguiente? (selecciona todas las opciones que correspondan) anteojos lentes de contacto
 aparato auditivo

¿Alguna vez ha sido hospitalizado, ha sufrido lesiones graves incluidas las relacionadas con la práctica de deportes, o ha tenido cualquier tipo de cirugía?

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

HISTORIAL FAMILIAR:

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

Historial familiar desconocido.

| | 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 antes de los 50 años | <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"/> | _____ |
| Otro (especifique): _____ | | | | _____ |

| | | |
|---|---|----------------------------|
| UNIVERSITY OF MICHIGAN HOSPITALS & HEALTH CENTERS Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Spanish) Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) – 18 años de edad y mayores | 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 preguntas o preocupaciones por su peso o hábitos alimentarios? Por favor explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Quiere recibir de parte de nuestro personal información relativa a: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo encontrar un proveedor de servicios médicos (médico o enfermera especialista)? • ¿Cómo encontrar un dentista? • ¿Cómo conseguir atención médica asequible para la vista o anteojos? | <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. ¿Le preocupan sus ingresos o los de su familia para poder satisfacer sus necesidades básicas? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Necesita más comida? • ¿Necesita ropa adicional? • ¿Necesita ayuda para pagar las cuentas de la calefacción y del agua? • ¿Necesita ayuda con transporte para citas médicas o en la escuela? • ¿Le preocupa el tema sobre vivienda? | <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 tener información sobre: <ul style="list-style-type: none"> • aseguranzas médicas? | <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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pathways to Success Academic Campus | <input type="checkbox"/> Scarlett Middle School |
| <input type="checkbox"/> Lincoln Middle School | <input type="checkbox"/> Ypsilanti Community Middle School |
| <input type="checkbox"/> Lincoln High School | <input type="checkbox"/> Ypsilanti Community High School |
| <input type="checkbox"/> Mitchell Elementary School | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |