

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

Bishop Elementary School

8888 Whittaker Road
Ypsilanti, MI 48197
Phone: 734-714-9606

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

Kearsley High School

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

Armstrong Middle School

6161 Hopkins Road
Flint, MI 48506
Phone: 810-591-2776

International Academy of Flint

2820 S. Saginaw Street
Flint, MI 48503
Phone: 810-600-5290

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

Pioneer High School

601 W. Stadium Blvd.
Ann Arbor, MI 48103
Phone: 734-997-1862

**Preguntas frecuentes sobre el formulario de
Consentimiento General para Recibir Tratamiento**
Frequently Asked Questions About the General Treatment Consent Form (Spanish)

1. ¿Qué servicios ofrece la Alianza Regional para Escuelas Saludables de Michigan Medicine?

What services does the Regional Alliance for Healthy Schools at Michigan Medicine provide?

- Exámenes físicos Physical exams
- Educación sobre la salud/asesoramiento sobre la prevención de riesgos Health education/Risk prevention counseling
- Psicoterapia individual, de grupo y familiar Individual, group and family psychotherapy
- Intervención en casos de crisis Crisis intervention
- Remisión para tratamiento de abuso de sustancias (para estudiantes de la escuela intermedia y secundaria) Referral for substance abuse treatment (Middle and high school students)
- Remisión para recursos tales como comida, alojamiento, problemas económicos, transporte. Referral for resources such as food, shelter, financial issues, transportation.
- Diagnóstico y manejo de enfermedades agudas y crónicas Diagnosis and management of acute and chronic illnesses/diseases
- Inmunizaciones Immunizations
- Exámenes dentales y de la visión Dental and vision screenings
- Análisis básicos de laboratorio, incluyendo análisis de orina, de glucosa, la prueba rápida para el estreptococo, el colesterol, la hemoglobina Basic laboratory test including urinalysis, glucose, rapid strep test, cholesterol, hemoglobin
- Venopunción (extracción de sangre) Venipuncture (blood draws)
- Educación sobre la salud o actividades en grupo tales como el *Walking Club* (club de las caminatas), educación nutricional, manejo de la ira, programa para el asma, asesoramiento a colegas, el estado de ánimo y el movimiento, el consejo asesor de la juventud. *Bully Busters* (un grupo contra acosadores) y otros grupos según lo determine la necesidad (algunos programas solo están disponibles para estudiantes de la escuela secundaria e intermedia) Health education or Activities Group such as Walking Club, Nutrition Education, Anger Management, Asthma Program, Peer Mentoring, Mood and Movement, Youth Advisory Council. Bully Busters, and other groups as determined by need (some programs available to middle and high school students only)

2. ¿Por qué Michigan Medicine puede utilizar mis especímenes para investigación? Why might the Michigan Medicine use my specimens for research?

La investigación médica está constantemente descubriendo nuevas formas de identificar, prevenir y tratar enfermedades. Michigan Medicine esta comprometida en avanzar en investigación para poder proporcionar a nuestros pacientes la atención médica más eficaz. Medical research is constantly discovering new ways to identify, prevent and treat illness. Michigan Medicine is committed to advancing research so we can provide our patients with the most effective medical care.

MICHIGAN MEDICINE

Alianza Regional para Escuelas Saludables (RAHS, *por sus siglas en inglés*)

**Preguntas frecuentes sobre el formulario de
Consentimiento General para Recibir Tratamiento**
Frequently Asked Questions About the General Treatment Consent Form (Spanish)

3. ¿Puedo dar consentimiento a solo una parte de este formulario? Can I consent to only part of this form?

Sí, un paciente tiene el derecho de tachar las secciones del consentimiento para las cuales no quiera dar consentimiento.

Yes, a patient has the right to cross out sections of the consent they do not want to consent to.

4. ¿Puedo retirar mi consentimiento o el consentimiento de mi hijo después de que este formulario haya sido firmado?

Can I withdraw my consent or my child's consent after this form has been signed?

Si, en cualquier momento puede retirar su consentimiento para recibir servicios escribiendo a su centro de salud RAHS.

Yes, you may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Healthy Schools Based Health center at any time.

Para cancelar cualquier tipo de servicio de Michigan Medicine, envíe, por favor, una carta por correo firmada por los padres o tutores en caso de menores, o por el paciente si éste es mayor de 18 años, a:

To withdraw from all Michigan Medicine service please mail a letter signed by parent or guardian for minor or the patient for patients 18 and over to:

Release of Information Unit University of Michigan Health System 2901 Hubbard Rd.,
2722 Ann Arbor, MI 48109-2435, Fax: 734-936-8571 o llame al 734-936-5490.

Michigan Medicine Consentimiento general para recibir servicios de salud e información importante para el paciente - ADULTO General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN
--	---

Reconocimiento de notificación de las prácticas de privacidad (NPP): Notice of Privacy Practices (NPP)

Acknowledgment:

Por la presente, reconozco que me han ofrecido o he recibido la Notificación de las Prácticas de Privacidad de Michigan Medicine:
I hereby acknowledge I have been offered or received the Michigan Medicine Notice of Privacy Practices:

Consentimiento general para recibir servicios de salud General Consent to Receive Health Care Services

Quiero recibir servicios de salud de Michigan Medicine incluyendo servicios médicos, dentales, psicológicos, de enfermería y/u otros servicios de salud. Los servicios pueden incluir:

I want to receive health care services from Michigan Medicine including medical, dental, psychological, nursing and/or other health care. Services may include:

- | | | |
|---|--|--|
| • Cirugías y procedimientos
Surgeries and procedures | • Medicamentos Medications | • Vacunaciones Immunizations |
| • Pruebas Tests | • Servicios de telemedicina
Telemedicine services | • Otros tratamientos necesarios para mí atención
Other treatment necessary for my care. |

Estoy de acuerdo en que Michigan Medicine pueda compartir mi información cuando sea necesario para atención o facturación y que distintos departamentos puedan contactarme. Para facilitar mi atención y necesidades médicas, los departamentos de Michigan Medicine pueden requerir el suministrar información necesaria referente a mí a otros proveedores de salud externos. Yo tengo derecho en todo momento a hablar sobre mi atención médica con mis proveedores de salud. Tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier tipo de atención médica. Entiendo que mis proveedores de salud generalmente obtendrán mi consentimiento después de discutir la atención médica, las terapias y los procedimientos específicos conmigo. En estas conversaciones mis proveedores de salud revisarán los riesgos conocidos, los beneficios esperados y las alternativas a las terapias. Puede que yo necesite dar consentimientos adicionales para procedimientos invasivos y tratamientos especiales, como cuando tenga que recibir productos sanguíneos. Entiendo que la práctica de la medicina es incierta. Es imposible evitar ciertos riesgos y los resultados clínicos pueden ser diferentes para cada paciente.

I agree that Michigan Medicine can share my information as needed for care or billing and that various departments may contact me. To facilitate my care and medical needs, Michigan Medicine departments may need to provide necessary information about me to other outside healthcare providers. I have a right to discuss my health care with my health care providers at any time. I have the right to agree to or refuse any care. I understand that my health care providers generally will obtain my consent after discussing specific care, therapies and procedures with me. My health care providers will review known risks, expected benefits and alternatives to therapies in those discussions. I may need to give additional consents for invasive procedures and special treatments such as when I receive blood products. I understand that the practice of medicine is uncertain. It is impossible to avoid certain risks and clinical outcomes may be different for each patient.

Asignación de beneficios médicos Assignment of Medical Benefits

Acepto la responsabilidad por mis franquicias, deducibles u otros cargos por servicios médicos que no sean cubiertos o pagados por el seguro u otras terceras partes. Esto aplica a excepción de los casos en los que no lo permitan las leyes de Michigan, las leyes federales o no lo permita un acuerdo entre mi compañía de seguros y Michigan Medicine. Asigno

Michigan Medicine Consentimiento general para recibir servicios de salud e información importante para el paciente - ADULTO General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN
--	---

todos los derechos y beneficios a Michigan Medicine con el fin de ayudar al proceso de pago a Michigan Medicine por los servicios de salud recibidos. Acepto a ayudar a Michigan Medicine con el seguimiento de estas reclamaciones.

I agree that I will be responsible for my co-payments, deductibles or other charges for medical services not covered or paid by insurance or other third party payers. This is true except in cases where Michigan or federal law, or an agreement between my insurance company and Michigan Medicine does not allow it. I assign all rights and benefits to Michigan Medicine in order to help the process of paying Michigan Medicine for health care services I received. I agree to help Michigan Medicine follow up on these claims.

Información importante para el paciente Important Patient Information

1. **Michigan Medicine es un centro de investigación y enseñanza.** Pueda ser que reciba servicios del personal y/o personal en formación escogido y supervisado por el personal docente. El personal en formación y los profesores pueden leer y usar mi expediente médico para enseñanza e investigación. Acepto donar cualquier tejido excedente, muestras o partes de órganos que sean removidos de mi cuerpo durante las pruebas o procedimientos médicos y que no sean necesarios para mi diagnóstico o tratamiento. Autorizo a Michigan Medicine a poseer, usar, retener, preservar, manipular, analizar o desechar este tejido adicional. Michigan Medicine puede usar o transferir estos elementos a cualquier entidad para cualquier propósito legal, incluyendo la educación y la investigación. Además, entiendo que es posible que un tratamiento o prueba que yo reciba puede haber sido desarrollado por mi médico, y que dicho médico puede beneficiarse económicamente de regalías recibidas por el uso del tratamiento o prueba, lo cual ha sido propiamente examinado de antemano mediante los canales reguladores de acuerdo con las leyes estatales y federales. Sé que puedo preguntar a mi médico si para mi cuidado va a usar algo que él mismo haya desarrollado.

Michigan Medicine is a Teaching and Research Center. I may receive services from staff and/or trainees chosen and overseen by the teaching staff. Trainees and teachers may read and use my health care records for teaching and research. I agree to donate any excess tissues, specimens or parts of organs that are removed from my body during testing or medical procedures and are not necessary for my diagnosis or treatment. I authorize Michigan Medicine to own, use, retain, preserve, manipulate, analyze or dispose of this excess tissue. Michigan Medicine may use or retransfer these items to any entity for any lawful purpose, including education and research. Furthermore, I understand that it is possible that a treatment or test that I receive may have been developed by my physician and that he/she may financially benefit from royalty payments accruing from the use of such a test or treatment which has previously been properly vetted through regulatory channels in accordance with state and federal law. I understand that I am able to ask my doctor if an invention of his/hers will be used in my care.
2. **El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)** es el virus que causa el SIDA (Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida). **Por ley, en Michigan, se le puede hacer la prueba del VIH a un paciente** si algún trabajador de la salud o personal que responda a una emergencia entra en contacto con la sangre u otros fluidos corporales de dicho paciente.

Human Immunodeficiency Virus (HIV) is the virus that causes AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). **Under Michigan law, an HIV test may be done on a patient** if any health care worker or emergency responder comes in contact with that patient's blood or other body fluids.

El contacto puede ocurrir por debajo de la piel, en una herida abierta o a través de las membranas mucosas, que son los tejidos que recubren varias aberturas del cuerpo. Si este tipo de contacto llegara a ocurrir, sé que mi sangre puede ser analizada sin mi consentimiento. Si se realiza la prueba, sé que recibiré los resultados y, si es necesario, asesoramiento.

Contact may occur under the skin, in an open wound or through the mucous membranes, which are the tissues that line various openings in the body. If this type of contact occurs, I know that my blood can be

Consentimiento general para recibir servicios de salud e información importante para el paciente - ADULTO**General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)**

tested without my consent. If a test is done, I know that I will receive the test results and counseling as needed.

- 3. Métodos de comunicación.** Michigan Medicine utiliza muchas formas para comunicarse conmigo. El método utilizado dependerá de la razón o razones de la comunicación. Al proveer a Michigan Medicine con mi información de contacto acepto recibir comunicaciones por diferentes métodos, por ejemplo: llamadas automatizadas, mensajes de texto, portal del paciente, correos electrónicos, etcétera. Además, acepto que Michigan Medicine me envíe mensajes de texto más de tres (3) veces a la semana. Entiendo que puedo decidir no participar en algunos o en todos estos métodos, pero que debo comunicar mis deseos al personal. Puede que Michigan Medicine grabe mis llamadas telefónicas para control de calidad y entrenamiento.

Communication Methods. Michigan Medicine uses many ways to communicate with me. The method used will depend on the reason or reasons for the communication. By providing Michigan Medicine with my contact information I agree to receive communications in different methods, for example: automated calls, text messaging, patient portal, emails, etc. I further agree that Michigan Medicine can send me text messages more than three (3) times a week. I understand that I can choose not to participate in some or all of these methods, but I must communicate my wishes to staff. Michigan Medicine may record incoming and outgoing phone calls with me for quality assurance and training purposes.

- 4. Servicios de telemedicina.** Entiendo que puedo recibir atención médica por medio de servicios de telemedicina. Las limitaciones de una visita de telemedicina incluyen la posibilidad de no reconocer condiciones que pudieran ser detectadas durante una revisión médica completa. También pueden ocurrir dificultades técnicas como la pérdida de la conexión o su interrupción.

Telemedicine Services. I understand that I may receive care through telemedicine services. The limitations of a telemedicine visit include the possibility of not being able to pick up conditions found during a complete physical exam. There may also be technical difficulties like a lost connection or interruption.

- 5. Seguridad y protección.** En aras de la seguridad de los pacientes, el personal y los visitantes, Michigan Medicine se reserva el derecho de inspeccionar o prohibir el uso de equipos y dispositivos de propiedad personal que incluyen, sin limitarlo, teléfonos celulares (incluyendo las funciones de cámara y video). En las instalaciones de Michigan Medicine no se permite fumar ni usar productos derivados del tabaco, como tampoco el uso de productos derivados de la marihuana que no sean aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration*; Administración para la Alimentación y los Fármacos). Esto incluye la marihuana, productos de la marihuana medicinal en cualquier forma de presentación no aprobados por la FDA, cigarrillos de tabaco, tabaco masticable y cigarrillos electrónicos. Las instalaciones incluyen edificios, jardines, estacionamientos y el interior de los vehículos personales que se encuentren dentro de la propiedad de Michigan Medicine. Michigan Medicine no es responsable por la pérdida o robo de ninguna propiedad personal si ésta no ha sido colocada en una caja de seguridad o área segura suministrada por Michigan Medicine.

Safety and Security. In the interest of patient, staff and visitor safety, Michigan Medicine reserves the right to inspect or prohibit the use of personally owned devices and equipment including, but not limited to cell phones (including camera and video functions). Smoking and the use of tobacco products and non FDA-approved marijuana products is not allowed in Michigan Medicine facilities. This includes marijuana, non FDA-approved medical marijuana products in all forms, tobacco cigarettes, chewing tobacco and e-cigarettes. Facilities include buildings, grounds, parking lots and inside personal vehicles on Michigan Medicine property. Michigan Medicine is not responsible for loss or theft of any personal property if not placed in a Michigan Medicine-provided safe or secure area.

- 6. Fotografías o grabaciones hechas o dispuestas por pacientes/familias.** A los pacientes, sus familiares y a sus amigos no se les garantiza el derecho a fotografiar o grabar en las instalaciones de Michigan Medicine. Sin embargo,

Consentimiento general para recibir servicios de salud e información importante para el paciente - ADULTO**General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)**

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN

fotografiar o grabar puede estar permitido utilizando sus propios dispositivos conforme a las siguientes pautas: 1. La toma de fotografías o grabaciones debe **detenerse inmediatamente** si así lo exige el personal de Michigan Medicine o en cualquier momento si interfieren con la atención clínica o el servicio a los pacientes, la privacidad de los pacientes, la seguridad u operaciones; 2. Los familiares o visitantes de un paciente solo pueden fotografiar o grabar a dicho paciente; 3. Los pacientes y visitantes no pueden incluir a otros pacientes, al cuerpo docente o al personal de Michigan Medicine sin su autorización verbal; 4. Las fotografías y las grabaciones tomadas por familiares o visitantes pueden no ser incluidos en el historial médico.

Photographing or Recording Done by or Arranged by Patients/Families. Patients, their families, and their friends are not guaranteed a right to photograph or record on Michigan Medicine premises. However, photographing or recording may be permitted using their own devices subject to the following guidelines: 1. Photographing or recording must **stop right away** if directed to do so by Michigan Medicine staff or at any time if it interferes with clinical care or service to patients, patient privacy, security or operations; 2. Families or visitors of a patient may only photograph or record the patient; 3. Patients and visitors may not include other patients or Michigan Medicine faculty or staff without their verbal permission; 4. Photographs and recordings taken by the family or visitors may not be entered into the medical record.

7. **Voluntades anticipadas.** Entiendo que puedo crear unas voluntades anticipadas para identificar a la persona que yo elija para tomar decisiones por mí mismo, si yo estuviera incapacitado para tomar decisiones o comunicar mis deseos sobre mi atención médica.

Advance Directives. I understand I can create an advance directive to identify a person I choose to make decisions for me if I am unable to make decisions or communicate my wishes about my care known.

Mi firma representa lo siguiente (marque todo lo que corresponda):

My signature represents the following (check all that apply):

- ☐ **Reconocimiento de Notificación de la Practicas de Privacidad** Acknowledge of NPP Notification
- ☐ **Acuerdo de consentimiento general para recibir servicios médicos** General Consent to Receive Healthcare Services
- ☐ **Acuerdo de asignación de prestaciones médicas** Assignment of Medical Benefits Agreement

Antes de firmarlo he leído y entendido la información consignada en este documento. I have read and understand the information on this form before I signed it.

Firma del paciente o representante legalmente autorizado (Si el paciente es incapaz de firmar)

____/____/_____
Fecha (mm/dd/aaaa)

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

____/____/_____
Date (mm/dd/yyyy)

Nombre en letra de molde del representante legalmente autorizado (Si el paciente es incapaz de firmar)

Hora: _____ A.M / P.M

Printed Name of Legally Authorized Representative (If patient is unable to sign)

Time: _____ A.M / P.M

Relación: ☐ Cónyuge ☐ Pariente ☐ Tutor legal ☐ Poder notarial para decisiones médicas (DPOA, por sus siglas en inglés)

Relationship: ☐ Spouse ☐ Next-of-Kin ☐ Legal Guardian ☐ DPOA for HealthCare

MICHIGAN MEDICINE 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
--	---

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)

Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ¿Qué nombre prefiere utilizar? _____

Identidad de género: _____ Pronombre que prefiere: ella el ellas/ellos

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:

MICHIGAN MEDICINE
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	☐	☐	☐	
Cáncer (tipo: _____)	☐	☐	☐	
Depresión	☐	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	☐	
Ataque de corazón o embolia <i>antes de</i> los 50 años	☐	☐	☐	
Alta presión arterial	☐	☐	☐	
Colesterol alto	☐	☐	☐	
Enfermedad mental/depresión	☐	☐	☐	
Migrañas	☐	☐	☐	
Fumador	☐	☐	☐	
Otro (especifique):				

MICHIGAN MEDICINE 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?	☐	☐
2. ¿Tiene preguntas o preocupaciones por su peso o hábitos alimentarios? Por favor explique: _____	☐	☐
3. ¿Quiere recibir de parte de nuestro personal información relativa a:		
• ¿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?	☐	☐
4. ¿Quiere ser contactado/a por su terapeuta para discutir sobre la salud emocional de su hijo o sus preocupaciones? ☐ Mi hijo/a ya está recibiendo servicios por un profesional de la salud mental.	☐	☐
5. ¿Le preocupan sus ingresos o los de su familia para poder satisfacer sus necesidades básicas?	☐	☐
• ¿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?	☐	☐
6. ¿Le gustaría tener información sobre:		
• aseguranzas médicas?	☐	☐

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
☐ Richfield Public School Academy
☐ Carman-Ainsworth High School
☐ Pioneer High School
☐ Armstrong Middle School
☐ International Academy of Flint | ☐ Scarlett Middle School
☐ Ypsilanti Community Middle School
☐ Ypsilanti Community High School
☐ Beecher High School
☐ Kearsley High School
☐ Bishop Elementary School
☐ Other (specify): _____ |
|--|--|