

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, Jackson 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 de salud tanto físicas como conductuales.
- 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,

Equipo Clínico de la Alianza Regional para Escuelas Saludables (Regional Alliance for Healthy Schools Clinical Team)

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

Brick Elementary School

8970 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

Springport Public Schools

300 W. Main Street
Springport, MI 49284

**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:

Michigan Medicine, Revenue Cycle Mid Service (HIM), Release of Information (ROI) Unit,
3621 S. State Street 700 KMS Place, Bay 11 - Mid Service, Ann Arbor MI 48108-1633,
Fax: 734-936-8571 o llame al 734-936-5490.

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

Reconocimiento de la 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 médicos

General Consent to Receive Health Care Services

Quiero recibir servicios médicos de Michigan Medicine incluyendo atención médica, dental, psicológica, de enfermería y/u otros servicios médicos. 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:

- Examinación física, educación sobre la salud y vacunas
Physical exams, health education and Immunization
- Estudios básicos de laboratorio, como análisis de orina, pruebas rápidas de estreptococo, venopunción
Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture
- Diagnóstico y manejo de enfermedades/afecciones agudas crónicas
Diagnosis and management of acute chronic illnesses/diseases
- Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana/Infecciones de transmisión sexual (ej. evaluación, pruebas, asesoría, etc.)
- HIV / STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc)
- Servicios de salud reproductiva (ej. educación sobre el control de la natalidad, pruebas de embarazo)
Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)
- Evaluación y manejo de la salud conductual
Behavioral health screening and management
- Psicoterapia individual, de grupo y en familia
Individual, group and family psychotherapy
- Medicación
Medication
- Consentimiento para servicios a menores
Minor-consented services
- Servicios de telemedicina
Telemedicine services

Estoy de acuerdo en que Michigan Medicine pueda divulgar mi información cuando sea necesario para atención o facturación y que distintos departamentos puedan contactarme. Para facilitar mi atención y mis necesidades médicas los departamentos de Michigan Medicine pueden tener que divulgar información mía necesaria para otros proveedores médicos 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 generalmente mis proveedores médicos obtendrán mi consentimiento después de discutir la atención médica, las

31-10084	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	-------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

terapias y los procedimientos específicos conmigo. En estas conversaciones mis proveedores médicos 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. Es imposible evitar ciertos riesgos en la práctica de la medicina. Los resultados pueden ser diferentes para cada paciente. Yo puedo revocar mi consentimiento para recibir los servicios enviando un escrito al Centro de salud de la Alianza Regional para Escuelas Saludables (RAHS, *por sus siglas en inglés*) en cualquier momento.

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. It is impossible to avoid certain risks in the practice of medicine. Outcomes may be different for each patient. I may withdraw consent for services by writing to the Regional Alliance for Health Schools health center at any time.

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 un acuerdo entre mi compañía de seguros y Michigan Medicine. Asigno todos los derechos y beneficios a Michigan Medicine con el fin de ayudar al proceso de pago a Michigan Medicine por los servicios médicos recibidos. Acepto 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 docente y de investigación. Puedo recibir 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 si no son necesarios para mi diagnóstico o tratamiento. Autorizo a Michigan Medicine a poseer, manipular, analizar, conservar, guardar o desechar este tejido adicional. Michigan Medicine puede usar o compartir estos elementos con cualquier entidad para cualquier propósito legal, incluyendo la educación y la investigación. Entiendo que mi doctor pudo haber desarrollado un tratamiento o prueba que yo reciba. El tratamiento o prueba ha sido aprobado para su uso y está autorizado por las leyes federales y estatales. Mi doctor podría beneficiarse del uso de esta prueba o tratamiento. Sé que puedo preguntar a mi médico si para mi cuidado van a usar algo que ellos hayan desarrollado.

31-10084	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	-------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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 if they are not necessary for my diagnosis or treatment. I allow Michigan Medicine to own, manipulate, analyze, keep, save or throw away this excess tissue. Michigan Medicine may use or share these items with any entity for any legal purpose, including education and research. I understand that my doctor may have developed a treatment or test that I am given. The treatment or test has been approved for use and it is allowed under state and federal law. My doctor may profit from the use of the test or treatment. I understand that I am able to ask my doctor if an invention of theirs will be used in my care.

2. El virus de la inmunodeficiencia humana – VIH (HIV, por sus siglas en inglés) es el virus que causa el síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA (AIDS, por sus siglas en inglés). **Por ley, en Michigan, se le puede hacer la prueba del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida a un paciente** si algún trabajador médico 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 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 con algunos o con 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

31-10084	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	-------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

afecciones 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 Administración para la Alimentación y los Fármacos (*Food and Drug Administration – FDA*). 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 ningún objeto personal si éste no ha sido depositado en una caja fuerte o área segura de 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 gestionadas por pacientes/familias.** Ni a los pacientes, ni a sus familiares y amigos se les garantiza el derecho a fotografiar o grabar en las instalaciones de Michigan Medicine. Sin embargo, fotografiar o grabar puede estar permitido utilizando dispositivos propios 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 o funcionamientos; 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.

31-10084	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	-------------------------	----------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

<p>Michigan Medicine</p> <p>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information - ADULT (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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 (NPP)**
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	Hora: _____ A.M / P.M
(Si el paciente es incapaz de firmar)	
Printed Name of Legally Authorized Representative	Time: _____ A.M / P.M
(If patient is unable to sign)	

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: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

<p>MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Spanish)</p> <p>Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) – 18 años de edad y mayores</p>	MRN: _____ NAME: _____ BIRTHDATE: _____ CSN: _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

FOR OFFICE
USE ONLY

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:

- | | | | | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (Trastorno de Déficit de Atención/ Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Alergias | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Ansiedad | |
| <input type="checkbox"/> 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): _____				_____

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?	<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:		
• ¿Cómo encontrar un proveedor de servicios médicos (médico o enfermera especialista)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cómo encontrar un dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Cómo conseguir atención médica asequible para la vista o anteojos?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Necesita más comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Necesita ropa adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Necesita ayuda para pagar las cuentas de la calefacción y del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Necesita ayuda con transporte para citas médicas o en la escuela?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Le preocupa el tema sobre vivienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Le gustaría tener información sobre:		
• 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"/> Richfield Public School Academy | <input type="checkbox"/> Beecher High School |
| <input type="checkbox"/> Carman-Ainsworth High School | <input type="checkbox"/> Kearsley High School |
| <input type="checkbox"/> Pioneer High School | <input type="checkbox"/> Bishop Elementary School |
| <input type="checkbox"/> Armstrong Middle School | <input type="checkbox"/> Other (specify): _____ |
| <input type="checkbox"/> International Academy of Flint | |