

## 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 NOT A MEDICAL RECORD DOCUMENT

Estimado estudiante/padres o tutores: Dear Student/Parent or Guardian:

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 de RAHS con base en las escuelas 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.

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) is a group of unique school-based health centers providing services at some public and community schools in Genesee, Jackson, and Washtenaw counties. The goal of the RAHS School-Based Health Centers is to help improve the health and well-being of students and families. Healthy students are more successful in school.

#### ¿Qué es un centro de salud RAHS con base en una escuela? What is the RAHS School-Based Health Center?

- 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.  
Our health centers are staffed by physicians, nurse practitioners, and social workers that are available for your physical and behavioral health needs.
- El propósito de este programa es proporcionar atención médica de calidad en un ambiente amigable, a una hora conveniente para pacientes y familias. El Centro de salud RAHS NO trata de substituir a su fuente de atención médica regular.  
The purpose of this program is to provide quality healthcare in a friendly setting, at a time that is convenient to patients and families. The RAHS Health Center is NOT trying to replace your regular source of healthcare.
- El centro de salud RAHS está abierto y disponible para TODOS los jóvenes.  
The RAHS Health Center is open and available to ALL youth.

#### ¿Qué puedo hacer para inscribirme? What can I do to register?

Por favor, rellene los formularios adjuntos y devuélvalos a la secretaria de su escuela o al centro de salud RAHS. Los formularios adjuntos incluyen:

Please fill out the attached forms and return them to your school office or to the RAHS Health Center. The enclosed forms include:

- Formularios de consentimiento  
Consent Forms
- Un cuestionario sobre el historial médico  
Health History Questionnaire
- También necesitamos una copia de la tarjeta del seguro médico del paciente  
We also need a copy of the patient's health insurance card

#### ¿Qué pasa después de inscribirme? What happens after I register?

- Al completar los formularios adjuntos, los pacientes pueden ser atendidos en el Centro de Salud de RAHS durante el día escolar si hay preocupación por su salud y llamando para una corta visita de evaluación para la obtención de información médica básica.  
By completing the enclosed forms, patients may be seen at the RAHS Health Center during the school day for health concerns and **will be called down for a brief screening visit to obtain basic health information.**
- Si el paciente 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.  
If the patient is in elementary school, we ask that a parent/guardian be available by phone if they are unable to attend the appointment with their child.
- El Centro de salud RAHS le facturará a su compañía aseguradora los servicios recibidos en nuestros centros.  
The RAHS Health Center will bill your insurance company for services received in our centers.

MICHIGAN MEDICINE

Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)

**Welcome Letter - School Based Health Center (Spanish)**  
**Carta de bienvenida - Centro de salud con base en la escuela**

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

How is private health information shared?

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. Revísela, por favor, atentamente.

Please visit the Michigan Medicine Notice of Privacy Practices website here <http://www.med.umich.edu/hipaa/UMHS-NPPenglish.pdf> or ask at the RAHS Health Center for a copy of our privacy policy. This notice describes how medical information may be shared. Please review it carefully.

Muchas gracias,

Thank you,

**Equipo Clínico de la Alianza Regional para Escuelas Saludables**

*Regional Alliance for Healthy Schools Clinical Team*

**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**

235 Spencer Lane,  
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  
**Phone: 517-867-7846**

**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
- Inmunizaciones Immunizations
- Psicoterapia individual, de grupo y familiar Individual, group and family psychotherapy
- Pruebas básicas de laboratorio, por ejemplo, análisis de orina, la prueba rápida para el estreptococo, una venopunción Basic lab tests e.g. urinalysis, rapid strep, venipuncture
- Servicios para el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, *por sus siglas en inglés*) / enfermedades de transmisión sexual (STI, *por sus siglas en inglés*) (por ejemplo, cribados, pruebas, asesoramiento, etc.) HIV/STI services (e.g. screening, testing, counseling, etc.)
- Servicios de telemedicina Telemedicine services
- Remisión para recursos tales como comida, alojamiento, problemas económicos, transporte. Referral for resources such as food, shelter, financial issues, transportation.
- Educación sobre la salud o actividades en grupo tales como el *Walking Club* (club de las caminatas), manejo de la ira, programa para el asma, asesoramiento a colegas, 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, Anger Management, Asthma Program, Peer Mentoring, Youth Advisory Council. Bully Busters, and other groups as determined by need (some programs available to middle and high school students only)
- Educación sobre la salud Health education
- Medicamentos Medications
- Evaluación y control de la salud conductual Behavioral health screening and management
- Diagnóstico y manejo de enfermedades agudas y crónicas Diagnosis and management of acute and chronic illnesses/diseases
- Servicios para la salud reproductora (por ejemplo, educación sobre el control de la natalidad, pruebas de embarazo) Reproductive health services (e.g. birth control education, pregnancy testing)
- Servicios de consentimiento por menores Minor-consented services
- 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)

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)**

**1. ¿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 está comprometida con el avance en la 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.

**2. ¿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.

**3. ¿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><b>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</b></p> <p><b>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</b></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		<b>RAHS – Treatment Consent</b>
----------	-------------------------	----------------	---	---------------------------------

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

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		<b>RAHS – Treatment Consent</b>
----------	-------------------------	----------------	---	---------------------------------

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

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



<p>Michigan Medicine</p> <p><b>Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</b></p> <p><b>Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - ADULTO</b></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

<b>MICHIGAN MEDICINE</b> Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) <b>Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Spanish)</b> <b>Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) – 18 años de edad y mayores</b>	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. To register for the Regional Alliance for Healthy Schools Service please fill out this Health History Questionnaire form.

Fecha de hoy Today's Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela School: \_\_\_\_\_ Grado Grade: \_\_\_\_\_  
 (mm/dd/aaaa) (mm/dd/yyyy)

Nombre del estudiante Student's Name: \_\_\_\_\_  
 Apellido Last \_\_\_\_\_ Nombre First \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Idioma principal hablado en casa \_\_\_\_\_ ¿Necesita intérprete?  Sí  No  
 Date of Birth (mm/dd/aaaa) (mm/dd/yyyy) Primary Language spoken in home Needs Interpreter?  Yes  No

Sexo asignado al nacer:  Masculino  Femenino ¿Qué nombre prefiere utilizar? \_\_\_\_\_

Sex Assigned at Birth:  Male  Female What name do you like to use? \_\_\_\_\_

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

Gender Identity: \_\_\_\_\_ Preferred Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs

Su correo electrónico Your email: \_\_\_\_\_ Su número de celular Your cell number: \_\_\_\_\_

Dirección Address: \_\_\_\_\_ Apto.# Apt#: \_\_\_\_\_

Ciudad City: \_\_\_\_\_ Estado State: \_\_\_\_\_ Código postal Zip: \_\_\_\_\_

**El proporcionar la siguiente información sobre su grupo étnico es estrictamente voluntario y no es necesario para inscribirse en el programa. Providing the following information about ethnic group is strictly voluntary on your part and is not required to register.**

Grupo étnico Ethnic Group:  Indio Americano American Indian  Afroamericano African American  Hispano Hispanic  
 Caucásico (blanco) Caucasian  Asiático Asian  Oriente medio Middle Eastern  
 Multiracial (por favor, especifique) Multi-racial (please specify): \_\_\_\_\_  
 Otro (por favor, especifique) Other (please specify): \_\_\_\_\_

**Información sobre el contacto de emergencia Emergency Contact Information**

Nombre del contacto Contact Name: \_\_\_\_\_

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

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Relationship to student: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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

Casa  Celular  Trabajo  Correo electrónico  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Best way to reach the contact during the school day?  Home  Cell  Work  Email  Other (specify): \_\_\_\_\_

Nombre del contacto adicional Additional contact name:

Nombre Name: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante Relationship to student: \_\_\_\_\_

Número de teléfono Phone Number: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro médico? Do you have health insurance?  No  Sí

Nombre de la compañía aseguradora (Seguro médico) Insurance Name (specify): \_\_\_\_\_

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

Subscribers Name: \_\_\_\_\_ Subscriber's date of birth (DOB): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Póliza # Policy #: \_\_\_\_\_ Grupo # Group # \_\_\_\_\_

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

FOR OFFICE  
USE ONLY

¿Tiene usted un médico de cabecera (PCP, *por sus siglas en inglés*)?  Sí Yes  No No  
 Do you have a Primary Care Provider (PCP)? Nombre del médico de cabecera Name of PCP: \_\_\_\_\_

Fecha de la última revisión médica completa Date of last complete physical exam: \_\_\_\_\_

¿Tiene un dentista?  Sí  No Nombre del dentista: \_\_\_\_\_  
 Do you have a Dentist?  Yes  No Name of Dentist: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa) ¿Fue una revisión de rutina?  Sí  No  
 Date last seen: \_\_\_\_\_ (mm/dd/yyyy) Was this a routine check-up?  Yes  No

¿Tiene su familia una farmacia de preferencia? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono/dirección: \_\_\_\_\_  
 Does your family have a preferred pharmacy? Name: \_\_\_\_\_ Phone/location \_\_\_\_\_

**¿Quién vive en casa? Who lives in your home?**

Nombre Name: _____ _____ _____ _____	Relación con el paciente Relationship: _____ _____ _____
--	---

**MEDICAMENTOS Medications:**  No tomo ningún medicamento I do not take any medications

Nombre del medicamento: Name of medicine:	Dosis: Dose:	Razón para tomarlo: Reason for taking:	¿Por cuánto tiempo? How long?	Recetado por: Prescribed by:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**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):

**Allergies:** Do you have any allergies to medicine, food, insect stings, bites or seasonal allergies?  No  Yes (please check and list below):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROBLEMAS MÉDICOS:** Por favor seleccione TODAS las opciones que correspondan: **Medical Problems:** Please check all that apply:

- |  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma Asthma                           | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia<br>Seizures/Epilepsy | <input type="checkbox"/> Depresión<br>Depression                            | <input type="checkbox"/> Diabetes<br>Diabetes | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (Trastorno de Déficit de Atención/ Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad)<br>ADD/ADHD |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos<br>Heart Problems | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Alergias<br>Fever/Allergies | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje<br>Learning Disability | <input type="checkbox"/> Ansiedad<br>Anxiety  |   |
- Otro (especificar) Other (specify): \_\_\_\_\_

¿Usa algo de lo siguiente? (selecciona todas las opciones que correspondan) Do you wear any of the following (check all that apply)?

- anteojos eyeglasses  lentes de contacto contacts  aparato auditivo hearing device

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

FOR OFFICE  
USE ONLY

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

Have you ever been hospitalized overnight, had any serious injuries including sports-related injuries, or had any type of surgery?

No     Sí: Si es así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_    Problema/Tipo de cirugía: \_\_\_\_\_  
 No     Yes: If yes, what age? \_\_\_\_\_    Problem/Type of Surgery?

**HISTORIAL FAMILIAR: Family History:**

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?

Some health problems are passed from one generation to the next. Have you or any of your blood relatives (parents, grandparents, brothers or sisters), living or deceased, had any of the following problems?

Historial médico familiar desconocido.     Soy adoptado, el historial médico familiar es desconocido.  
 Unknown family medical history.     I was adopted, family medical history is unknown

	Sí Yes	No No	No estoy seguro Unsure	Relación Relationship	Maternal o paternal Maternal or Paternal
Alergias Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Asma Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer Cancer (tipo type: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ansiedad Anxiety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depresión bipolar Bi-polar depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depresión Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otras enfermedades mentales Other mental illness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Ataque de corazón o embolia antes de los 50 años Heart attack or stroke before age 50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alta presión arterial High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Colesterol alto High cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Migrañas Migraine headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fumador Smoking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Abuso de sustancias Substance Abuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Otro (especifique) Others (specify): _____				_____	_____

<p><b>MICHIGAN MEDICINE</b>          Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)  <b>Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) – 18 Years of Age and Older (Spanish)</b>  <b>Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS) – 18 años de edad y mayores</b></p>	<p>MRN: _____</p> <p>NAME: _____</p> <p>BIRTHDATE: _____</p> <p>CSN: _____</p> <p style="text-align: right;"><b>FOR OFFICE USE ONLY</b></p>
---	---

	Sí Yes	No No
1. ¿Quiere programar una cita para su hijo/a con la enfermera especialista o con el doctor para hablar de su salud? <i>Would you like to schedule an appointment with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene preguntas o preocupaciones por su peso o hábitos alimentarios? Por favor explique: _____ <i>Do you have questions or concerns about your weight or eating habits? .....            Please explain: _____</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Quiere recibir de parte de nuestro personal información relativa a: <i>Would you like information from our staff regarding:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo encontrar un proveedor de servicios médicos (médico o enfermera especialista)? <i>Finding a health care provider (doctor or nurse practitioner)?</i></li> <li>• ¿Cómo encontrar un dentista? <i>Finding a dentist?</i></li> <li>• ¿Cómo conseguir atención médica asequible para la vista o anteojos?  <i>Affordable vision care or glasses?</i></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? <i>Would you like to be contacted by our therapist to discuss your emotional well-being or concerns?</i> <input type="checkbox"/> Ya estoy recibiendo servicios por un profesional de la salud mental. <i>I am already receiving services from a mental health professional.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le preocupan sus ingresos o los de su familia para poder satisfacer sus necesidades básicas? <i>Are you concerned about your family's income meeting your basic needs?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Necesita más comida? <i>Do you need additional food?</i></li> <li>• ¿Necesita ropa adicional? <i>Do you need additional clothing?</i></li> <li>• ¿Necesita ayuda para pagar las cuentas de la calefacción y del agua?  <i>Do you need Help paying bills for heat and wáter?</i></li> <li>• ¿Necesita ayuda con transporte para citas médicas o en la escuela?  <i>Do you need assistance with transportation to medical or school appointments?</i></li> <li>• ¿Le preocupa el tema sobre vivienda? <i>Are you concerned about housing?</i></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"/>
6. ¿Le gustaría tener información sobre <i>Would you like information regarding:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aseguranzas médicas? <i>Health insurance?</i></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. If you answered Yes to any of questions in 1-6 above, a member of our staff will contact you.**

**MUCHAS GRACIAS. Thank you.**

\_\_\_\_\_  
 Nombre escrito de la persona que llenó este formulario  
 Printed name of person who completed this form

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