

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

Reconocimiento de notificación sobre 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

Yo, como padre/madre/tutor legal, quiero que mi hijo reciba los servicios médicos de Michigan Medicine incluyendo atención médica, dental, psicológica, de enfermería y/u otros servicios médicos. Los servicios pueden incluir:

I, as the parent/guardian, want my child 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 services (e.g. screening, testing, / STI 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
- **Otro tratamiento necesario para mis cuidados**
Other treatment necessary for my care

31-10320	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 - NIÑOS</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information – CHILD (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p> <p>DOS</p>
--	--

Estoy de acuerdo en que Michigan Medicine pueda divulgar la información de mi hijo cuando sea necesario para atención o facturación y que distintos departamentos puedan contactarme. Para facilitar la atención y las necesidades médicas de mi hijo, departamentos de Michigan Medicine pueden tener que divulgar información sobre mi hijo necesaria para proveedores médicos externos. Yo tengo derecho en todo momento a hablar sobre la atención médica de mi hijo con sus proveedores de salud. Tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier tipo de atención médica. Entiendo que generalmente los proveedores médicos de mi hijo obtendrán mi consentimiento después de discutir la atención médica específica, las terapias y los procedimientos conmigo. En estas conversaciones los proveedores médicos de mi hijo revisará 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 mi hijo tenga que recibir productos sanguíneos. Es imposible evitar ciertos riesgos durante el ejercicio de la medicina. Los resultados clínicos pueden ser diferentes para cada paciente. Yo puedo revocar el 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 child's information as needed for care or billing and that various departments may contact me. To facilitate my child 's care and medical needs, Michigan Medicine departments may need to provide necessary information about my child to other outside healthcare providers. I have a right to discuss my child's health care with my child's health care providers at any time. I have the right to agree to or refuse any care. I understand that my child's health care providers generally will obtain my consent after discussing specific care, therapies and procedures with me. My child's 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 my child receives 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 Healthy Schools health center at any time.

Asignación de beneficios médicos Assignment of Medical Benefits

Acepto la responsabilidad por las franquicias, deducibles u otros cargos por los servicios médicos de mi hijo, 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 la compañía de seguros de mi hijo 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 por mi hijo. Acepto ayudar a Michigan Medicine con el seguimiento de estas reclamaciones.

31-10320	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 - NIÑOS</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information – CHILD (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p> <p>DOS</p>
---	--

I agree that I will be responsible for my child’s 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 child’s 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 my child received. I agree to help Michigan Medicine follow up on these claims.

Información importante para el paciente Important Patient Information

1. El Hospital es un centro docente y de investigación. Mi hijo puede reciba servicios de personal y/o personal en formación escogido y supervisado por el personal docente. El personal en formación y los profesores pueden leer y usar el expediente médico de mi hijo para enseñanza e investigación. Acepto donar cualquier tejido excedente, muestras o partes de órganos que sean removidos del cuerpo de mi hijo durante pruebas o procedimientos médicos si no son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de mi hijo. Autorizo al Hospital a poseer, manipular, analizar, retener, preservar o desechar este tejido adicional. El Hospital puede usar o compartir estos elementos con cualquier entidad para cualquier propósito legal, incluyendo la educación y la investigación. Entiendo que es posible que el médico de mi hijo haya desarrollado un tratamiento o prueba que mi hijo haya recibido. El tratamiento o prueba ha sido aprobado para su uso y está permitido por las leyes federales y estatales. El médico de mi hijo puede obtener beneficios económicos del uso de la prueba o el tratamiento. Entiendo que puedo preguntarle al médico de mi hijo si para el cuidado de mi hijo va a usar algo que él mismo haya desarrollado.

The Hospital is a Teaching and Research Center. My child may receive services from staff and/or trainees chosen and overseen by the teaching staff. Trainees and teachers may read and use my child’s health care records for teaching and research. I agree to donate any excess tissues, specimens or parts of organs that are removed from my child’s body during testing or medical procedures if they are not necessary for my child’s diagnosis or treatment. I allow the Hospital to own, manipulate, analyze, keep, save or throw away this excess tissue. The Hospital may use or share these items to any entity for any legal purpose, including education and research. I understand that my child’s doctor may have developed a treatment or test that my child is given. The treatment or test has been approved for use and it is allowed under state and federal law. My child’s doctor may profit from the use of the test or treatment. I understand that I am able to ask my child’s doctor if an invention of his/hers will be used in my child’s 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 VIH 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.

31-10320	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	-------------------------	----------------	---	--------------------------

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

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 la sangre de mi hijo puede ser analizada sin mi consentimiento. Si se realiza la prueba, sé que mi hijo recibirá 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 child's blood can be tested without my consent. If a test is done, I know that my child 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/my child. 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 mi hijo puede recibir atención médica por medio de servicios de telemedicina. Las limitaciones de la visita de telemedicina incluyen la posibilidad de no reconocer 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 my child 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,

31-10320	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		RAHS – Treatment Consent
----------	-------------------------	----------------	---	--------------------------

Michigan Medicine Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) Consentimiento general para recibir servicios médicos e información importante para el paciente - NIÑOS General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information – CHILD (Spanish)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN DOS
---	---

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 funcionamiento; 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 incluidas 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.

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**

31-10320	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 - NIÑOS</p> <p>General Consent for Healthcare Services and Important Patient Information – CHILD (Spanish)</p>	<p>MRN:</p> <p>NAME:</p> <p>BIRTHDATE:</p> <p>CSN</p> <p>DOS</p>
--	--

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 Fecha (mm/dd/aaaa)

Signature of Parent or Legally Authorized Representative Date (mm/dd/yyyy)

 Nombre en letra de molde del representante legalmente autorizado Hora: _____ A.M / P.M

Printed Name of Parent or Legally Authorized Representative Time: _____ A.M / P.M

Relación: Padres Pariente Tutor Legal

Relationship: Parent Next-of-Kin Legal Guardian

<p>MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS)</p> <p>Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) (Spanish)</p> <p>Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS, por sus siglas en inglés)</p>	<p>MRN: _____</p> <p>NAME: _____ FOR OFFICE USE ONLY</p> <p>BIRTHDATE: _____</p> <p>CSN: _____</p>
--	--

Para inscribir a su hijo (o adolescente) en los servicios de la Alianza regional para escuelas saludables rellene, por favor, este cuestionario de salud. To register your child (or adolescent) 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/yyyy) (mm/dd/yyyy)

Nombre del/la niño/a Child's Name _____
Apellido Last Nombre First

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

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino ¿Qué nombre prefiere su hijo? _____

Sex Assigned at Birth: Male Female What name does your child like to use?

Identidad de género Gender Identity: _____ Pronombre que prefiere: ella el ellas/ellos
Preferred Pronouns: she/her/hers he/him/his they/them/theirs

Correo electrónico del paciente: _____ Número de celular del Paciente: _____
Patient's email: _____ Patient's cell number: _____

Dirección Address: _____ Apto.# Apt#: _____

Ciudad City: _____ Estado State: _____ Código postal Zip: _____

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

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): _____

Nombre del Padre/Tutor (si el niño es menor de 18 años) Parent / Guardian Name (if child is under 18): _____

Padre/madre/tutor Fecha de nacimiento Parent / Guardian Date of Birth _____

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

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Correo electrónico Email: _____

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

Best way to reach you during the school day? Home Cell Work Email

Otro (especifique) Other (specify): _____

Nombre del contacto de emergencia (si los padres no están disponibles): _____
Emergency Contact Name (if parent not available): _____

Relación con el niño: _____ Número de teléfono: _____
Relationship to student: _____ Phone Number: _____

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) (Spanish) Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS, por sus siglas en inglés)	MRN: _____ NAME: _____ BIRTHDATE: _____ CSN: _____
--	---

FOR OFFICE
USE ONLY

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

Nombre de la Compañía aseguradora (Seguro médico) Insurance Name: _____

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

Subscribers Name: _____ Subscriber's date of birth (DOB): ____/____/____

Póliza #: _____ # de Grupo _____

Policy #: _____ Group #: _____

¿Tiene su hijo/a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés)? Sí No
 Does your child have a Primary Care Provider (PCP)? Yes No

Nombre del pediatra Name of PCP: _____

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

¿Tiene su hijo/a un dentista? Does your child have a Dentist? Sí No
 Nombre del dentista Name of Dentist: _____

Fecha de la última visita Date last seen: _____ ¿Fue una revisión de rutina? Sí No
Was this a routine check-up? Yes No

¿Tiene su familia una farmacia de preferencia? Nombre: _____ teléfono/ubicación: _____
 Does your family have a preferred pharmacy? Name: _____ phone/location: _____

¿Quién vive en casa? Who lives in the home?

Nombre Name:	Relación con el paciente Relationship:	

MEDICAMENTOS Medications: Mi hijo/a no toma ningún medicamento My child does not take any medications

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

ALERGIAS: ¿Es su hijo alérgico a alguna medicina, alimento, a picaduras de insecto o tiene alguna alergia estacional?
Allergies: Does your child have any allergies to medicine, food, insect stings, bites or seasonal allergies?
 No Sí (por favor, enumérelas a continuación) No Yes (please list below):

PROBLEMAS MÉDICOS: Por favor seleccione todas las opciones que correspondan a su hijo/a.
Medical Problems: Please check all that apply for your child

<input type="checkbox"/> Asma Asthma	<input type="checkbox"/> Depresión Depression	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje Learning Disabilit	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos Heart Problems
<input type="checkbox"/> Ansiedad Anxiety	<input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia Seizures/Epilepsy	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD (Trastorno de Déficit de Atención / Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) ADD/ADHD		

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

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

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

Otro (especificar) Other (specify): _____

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

Does your child wear any of the following (check all that apply)? eyeglasses contacts hearing device

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

HISTORIA FAMILIAR Family History:

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

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

- Historial médico familiar desconocido. Unknown family medical history.
 Mi hijo es adoptado, su historial médico familiar es desconocido. My child 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): _____				_____	_____

MICHIGAN MEDICINE Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) Health History Questionnaire - Regional Alliance for Healthy Schools (RAHS) (Spanish) Cuestionario sobre el historial médico - Alianza regional para escuelas saludables (RAHS, por sus siglas en inglés)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:	FOR OFFICE USE ONLY
--	-------------------------------------	----------------------------


	Sí 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 for your child with our Nurse Practitioner or Physician to discuss any health concerns?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones relativas al peso o hábitos alimentarios de su hijo/a? Por favor, explique Please explain:: <i>Do you have questions or concerns about your child's weight or eating habits?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quiere que nuestro personal le informe sobre: <i>Would you like information from our staff regarding:</i> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo encontrar un proveedor de servicios médicos (médico o enfermera especialista)? <i>Finding a health care provider (doctor or nurse practitioner)?</i> • ¿Cómo encontrar un dentista? <i>Finding a dentist?</i> • ¿Cómo conseguir atención médica asequible para la vista o anteojos para su hijo/a? <i>Affordable vision care or glasses for your child?</i> 	<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 child's emotional well-being or concerns?</i> <input type="checkbox"/> Mi hijo/a ya está recibiendo servicios por un profesional de la salud mental. <i>My child is already receiving services from a mental health professional.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está usted preocupado/a por qué sus ingresos no alcancen para las necesidades básicas de su familia? <i>Are you concerned about your income meeting the basic needs of your family?</i> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Necesita más comida para su familia? <i>Do you need additional food for your family?</i> • ¿Necesita ropa adicional para su familia? <i>Do you need additional clothing for your family?</i> • ¿Necesita ayuda para pagar las cuentas de la calefacción y del agua? <i>Do you need help paying bills for heat and water?</i> • ¿Necesita ayuda con transporte para citas médicas o en la escuela? <i>Do you need assistance with transportation to medical or school appointments?</i> • ¿Le preocupa el tema sobre la vivienda para su familia? <i>Are you concerned about housing for your family?</i> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Le gustaría recibir información sobre <i>Would you like information regarding:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>aseguranzas médicas? Health Insurance?</i> 	<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)

51-10025	VER: A/24 HIM: 08/24	Medical Record		Health History Questionnaire
----------	-------------------------	----------------	---	------------------------------