



Salud basados en la escuela

Estimado padre o tutor:

Shenandoah Community Health (SCH) se complace en asociarse con las escuelas del condado de Berkeley para ofrecer servicios de salud basados en la escuela de su hijo durante el año escolar. ¡Esta es una excelente oportunidad para garantizar el acceso a la atención médica y ofrecer opciones para hogares con padres ocupados ya que los niños saludables son estudiantes exitosos!

Los proveedores de atención médica con licencia estarán disponibles en la escuela durante los días / horarios que se enlistan a continuación para brindar servicios de atención primaria como:

- Exámenes de salud anuales, que incluyen vacunas contra la influenza, vacunas, exámenes físicos para deportes
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas.
- Problemas agudos, incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades menores como fiebre, dolor de garganta, accidentes / lesiones por infecciones de oído

Nuestro equipo de salud en la escuela trabajará en conjunto con el proveedor de atención primaria (PCP) habitual de su hijo, cuando corresponda, para coordinar y mejorar su atención general.

Todos los estudiantes inscritos en el programa de salud escolar tienen derecho a recibir servicios independientemente del seguro médico o de la capacidad de pago. Shenandoah Community Health acepta la mayoría de los planes de seguros comerciales, así como Medicaid, Medicare y ofrece un programa de descuento de tarifa variable para aquellos que califiquen; Las finanzas nunca son una barrera para recibir atención en SCH.

Los padres pueden acompañar a sus hijos a las citas programadas durante las horas de SBH. Para las visitas de cuidados intensivos no programadas, intentaremos notificar a los padres si un estudiante necesita ser atendido por un proveedor. Si no se puede localizar a los padres, el estudiante será atendido y se le dará una nota para llevar a casa explicando la consulta. Lo alentamos a participar activamente en la atención médica de su hijo y le invitamos a comunicarse con nosotros en cualquier momento para hablar sobre su atención.

Todas las partes de este paquete de inscripción deben completarse, firmarse y devolverse a la escuela por correo a la dirección que se anexa a continuación antes de que su hijo pueda recibir los servicios.

Shenandoah Community Health
Attn. School-Based Health Coordinator
P.O. Box 1146
Martinsburg, WV 25402

Si tiene preguntas o desea más información, llame al 304.263.4999 o envíe un correo electrónico a schoolhealth@svms.net.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<p><i>*Si bien Shenandoah Community Health reconoce un número de géneros sexuales, muchas compañías de seguro médico y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Por favor esté consciente que su nombre legal y sexo enlistado en su seguro médico debe ser el mismo utilizado en documentos pertinentes al seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</i></p>							
SEXO AL NACER (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino Indefinido Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Marque su respuesta con un círculo) Masculino Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Marque su respuesta con un círculo) Él, lo, suyo Ella, la, suya Ell(a)os, Suy(a)os Otro Ze, Hir (Género libre) Se le preguntó pero es desconocido Me niego a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Otro				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay) <input type="checkbox"/> Prefiero no compartir <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN PRINCIPAL/DE FACTURACIÓN			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN ALTERNA			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés Español Lenguaje de Señas Americano Criollo Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> No vive en la calle <input type="checkbox"/> Vive con alguien <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guamen o Chamorro <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otra isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza					
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano americano <input type="checkbox"/> No – hispano o latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> desconocido					
BARRERA DE LENGUAJE (Circule uno) SÍ NO		¿ES VETERANO(A) DEL SERVICIO MILITAR? (Circule uno) SÍ NO					
QUEJA PRINCIPAL / MOTIVO DE LA CONSULTA							
FUENTE DE REFERENCIA							

Las agencias de financiamiento nos exigen que obtengamos la siguiente información de nuestros pacientes con fines estadísticos. Esto nos ayudará a obtener subsidios para apoyar a los programas de ayuda comunitaria y los programas para pacientes con necesidades especiales. Su información permanece privada y confidencial y no se comparte con ninguna agencia u organización.

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA E INGRESO ANUAL

NÚMERO DE FAMILIARES EN LA VIVIENDA: _____

INGRESO ANUAL DE LA VIVIENDA: \$ _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si es diferente al paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Número de Seguro Social

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

RELACIÓN CON EL PACIENTE

POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE SEGURO MÉDICO A LA RECEPCIONISTA

SEGURO MÉDICO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DEL TRABAJO)

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

CANTIDAD DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO / NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #

DE GRUPO

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL ASEGURADO

RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO

MONTO DEL COPAGO

FECHA EFECTIVA

FECHA DE VENCIMIENTO



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Servicios Humanos y de Salud y tiene un estatus considerado Servicio Federal de Salud Pública con respecto a ciertas reclamaciones de salud o relacionadas con la salud, incluidas las reclamaciones por negligencia médica, para sí mismo y los individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades, que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.

Por la presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Shenandoah Valley Medical System, Inc. que opera como Shenandoah Community Health (SCH).

Los pacientes que no puedan asistir a una cita programada deben cancelar antes de las 24 horas previas a la cita. Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación, pueden someter al paciente a restricciones de programación después de la tercera ocurrencia. No aplica para los servicios de Salud Mental.

Reconozco que soy consciente de que el "Aviso de prácticas de privacidad" de SCH para información médica protegida está disponible en el área de espera de cada departamento o en el sitio web shencommhealth.com. Una copia impresa está disponible si usted la solicita.

Autorizo al personal de SCH a tomar mi fotografía o escanear mi identificación con fotografía y colocarla en mi expediente médico electrónico para fines de identificación. Además, también doy mi consentimiento a SCH para tomar fotografías de erupciones, endoscopia, colonoscopia y otras imágenes médicas con el propósito de documentación médica. Entiendo que las fotografías estarán protegidas como parte de mi expediente médico y, a menos que la ley federal o estatal exija lo contrario, como se indica en el "Aviso de prácticas de privacidad" de SCH, no se divulgarán sin mi autorización.

Durante el curso de la atención y el tratamiento, entiendo que pueden ser necesarios varios tipos de exámenes, pruebas, diagnósticos o procedimientos. Esto puede incluir, entre otros, exámenes de audición y / o visión, pruebas de laboratorio, exámenes de detección de drogas en la orina, inyecciones y otras pruebas que el proveedor considere necesarias. Si tengo alguna pregunta sobre estos procedimientos, le pediré a mi médico que me brinde información adicional. También entiendo que mi proveedor puede pedirme que firme documentos adicionales de consentimiento informado relacionados con procedimientos específicos.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro a Shenandoah Valley Medical System, Inc. por los servicios médicos que se me prestaron. Entiendo que soy responsable del pago de los honorarios de los servicios médicos que se me prestan y que no están cubiertos por el seguro ni por terceros pagadores, incluidos copagos, deducibles y montos no cubiertos.

Si el cliente es menor de edad, un padre / tutor legal está informado y da su consentimiento para este tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma

Fecha

Firma del Padre o Tutor (Si el paciente es un menor)

Fecha

Testigo

Fecha



SERVICIOS DE SALUD BASADA EN LA ESCUELA CONSENTIMIENTO/INSCRIPCIÓN

Marque Sí o No después de cada declaración y firme en la parte inferior	Sí	No
Doy permiso para que mi hijo(a) sea tratado(a) médicamente por el personal de salud de la escuela. Se realizará un breve historial médico durante la visita inicial con el proveedor médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certifico que la información proporcionada es correcta y certera. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del estudiante / paciente. Me pondré en contacto con el personal de salud de la escuela si cambia alguno de los antecedentes médicos de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorizo el intercambio de información de salud y educación: Por la presente autorizo a SCH a intercambiar registros de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo(a) con el fin de brindar atención y tratamiento y servicios educativos a mi hijo(a), si corresponde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorización para el intercambio de información médica: Por la presente autorizo a SCH a intercambiar registros de atención médica con el PCP (Proveedor de atención primaria) de mi hijo(a) con el propósito de la continuidad de la atención y el tratamiento de mi hijo(a), según sea necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El proveedor de atención primaria de mi estudiante es: _____

Número de Teléfono _____

Esta autorización es válida hasta que la revoque o hasta que mi hijo(a) ya no asista a esta escuela. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito dejándoles saber que ya no tienen mi consentimiento. Cualquier cambio de información del padre-madre / tutela, dirección / número de teléfono o cualquier cambio en la información médica es responsabilidad mía de informar a SCH School Based Health Center. Reconozco que los registros de salud, al ser recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por las Reglas de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Su estudiante:

¿Tiene alguna alergia a algún medicamento/fármaco? Si es así, ¿a qué es alérgico(a)? _____

¿Tiene alguna otra alergia que debamos conocer (huevos, abejas, etc.)? _____

¿Toma algún medicamento diariamente? _____

Tiene alguna enfermedad crónica (asma, diabetes, anemia, etc.) _____

Firma del padre o tutor legal	Firma del estudiante (si es mayor de 18 años)
Nombre	Fecha





Salud basados en la escuela

El Centro de Salud tiene mi permiso para administrar, sin costo alguno, los siguientes medicamentos que venden sin receta médica si el proveedor médico lo considera necesario (cuando ha habido una visita de SBH). Por favor, compruebe:

Medicamento que pueden administrar sin receta médica	Sí	No
Tylenol		
Ibuprofen		
Crema de Hidrocortizona		
Ungüento de Bacitracin		

El Centro de Salud puede proporcionarle a su hijo(a) las vacunas requeridas para la escuela junto con las vacunas recomendadas por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC). Estas vacunas pueden administrarse, sin costo alguno para usted, a través del Programa de Vacunas para Niños(as) (VFC) o facturarse a través de su seguro que normalmente cubre los servicios preventivos, es decir, vacunas, al 100%.

***** Envíe una copia del registro de vacunas de su hijo(a) si lo tiene *****

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que la escuela comparta el registro de vacunación de mi hijo(a) con el centro de salud con el propósito de actualizar el registro médico de mi hijo(a) únicamente. (No se administrarán vacunas sin su permiso). Sí No

