CONNECTICUT INSTITUTE FOR COMMUNITIES, INC.

Dr. Francis J. Muska, Ph.D.
Board Chair

Hon. James H. Maloney, Esq.
President & CEO

Estimado Padre o Guardián,

El Centro de Salud Escolar (SBHC) son programas de atención de salud que ofrece la ciudad de Danbury. Como estudiante de Broadview Middle School, Rogers Park Middle School, Danbury High School, y la Escuela Técnica de Henry Abbott su hijo/a tiene la oportunidad de tomar ventajas de estos servicios médicos, dentales y de salud mental que se ofrecen a través del Centro de Salud Escolar (SBHC) que está localizado en los edificios de las Escuelas. El personal de SBHC es un equipo de profesionales, que incluyen; Enfermera Profesional, Asistente Social Clínico, Asistente Médico trabajan con el personal Escolar y con los proveedores de la comunidad.

Los servicios médicos incluyen diagnósticos y tratamientos de enfermedades agudas y crónicas como infección de la faringitis estreptocócica, infecciones de oído y asma, así como los exámenes físicos, exámenes médicos y vacunas. Educación en las áreas de nutrición, físico y de salud reproductiva todo esto se ofrecerá.

Los servicios de salud mental incluyen asesoramiento individual, de familia y/o de grupo. Algunos asuntos pueden incluir; ansiedad, depresión, problemas familiares o relaciones personales, problemas académicos, problemas de conducta y desórdenes alimenticios.

Los servicios dentales están disponibles de manera limitada en algunos de los sitios e pueden incluir exámenes, radiografías, limpiezas, rellenos, tratamientos de flúor y extracciones simples. Se requiere un permiso separado aun si el niño/a es visto solo por emergencia.

Todos los servicios son provistos libre de costo para usted y su familia. Si su hijo/a tiene seguro de salud Connecticut HUSKY o seguro privado, SBHC podría facturar los servicios. Los copagos no se cobran y reclamos denegados son dados de baja. Por favor, pónganse en contacto con SBHC si usted no tiene seguro y estás interesado/a de recibir información sobre el seguro de HUSKY.

En orden que su hijo/a pueda aprovechar los servicios de SBHC usted debe completar, firmar y adjunto el formulario de 2 páginas permiso de padres y el formulario del historial médico, y una autorización dental por separado si desea. La póliza de privacidad de SBHC está incluida en la parte posterior de esta carta.

Nuestro personal está deseando poder trabajar con usted para ayudar a su hijo/a y poder contribuir para que esté saludable, feliz y listo para aprender! Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestros servicios en el SBHC, por favor comuníquense con la clínica de la escuela de su hijo/a que se indican a continuación.

Danbury High School SBHC	(203) 790-2886
Broadview Middle School SBHC	(203) 731-8274
Rogers Park Middle School SBHC	(203) 778-7479
Henry Abbott Technical School	(203) 797-4460 ext. 4936

Connecticut Institute For Communities, Inc. (CIFC)
Greater Danbury Community Health Center (GDCHC)
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD DEL GREATER DANBURY ("GDCHC") PUEDE USAR Y/O REVELAR INFORMACION MEDICA SOBRE USTED, COMO TENER ACCESO A ESTA INFORMACION, SUS DERECHOS SOBRE SU INFORMACION DE SALUD Y NUESTRAS RESPONSABILIDADES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

El compromiso de GDCHC con su privacidad

GDCHC se dedica a mantener su privacidad de información de salud protegida (PHI). Al realizar nuestras actividades, crearemos archivos para usted, de tratamientos y servicios que le proveeremos. Estamos obligados por ley en mantener confidencial su información médica que lo identifique. Estamos obligados por ley a proveerle este Aviso de nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en GDCHC respecto a su PHI (Información de Salud). De acuerdo con la ley federal y estatal, debemos seguir los términos del aviso de privacidad que será vigente en el momento. Este Aviso entrará vigente el 1 de Agosto del 2013 y se mantendrá vigente hasta que se modifique o se sustituya por GDCHC.

GDCHC reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad tal como permita la ley. GDCHC modificará el presente Aviso para reflejar cualquier cambio (s) y hacer los nuevos avisos disponibles bajo su petición. Cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad se aplicarán a toda la información médica en archivos, creados y / o recibidos por nosotros antes del cambio de fecha.

Usted puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del GDCHC en cualquier momento poniéndose en contacto con nuestro Oficial Privado y Seguro, Diana Trumbley, al (203) 743-0100, o por correo al 57 North St., Suite 311, Danbury, CT 06810. Usted también puede comunicarse con la Sra. Trumbley con preguntas sobre este aviso o para presentar una queja privada / segura.

GDCHC MANTENDRÁ SU INFORMACIÓN DE SALUD MEDICA CONFIDENCIAL, USANDOLO SOLO PARA LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS. TENGA EN CUENTA QUE LAS SIGUIENTES APLICACIONES Y REVELACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

Tratamiento: Mientras que ponemos a su disposición los servicios de atención de salud, podríamos compartir su información de salud protegida (PHI), que incluye información de salud protegida electrónica (IMP), con otros proveedores de atención médica, empresas de seguros y sus subcontratistas o personas que estén involucradas en su tratamiento, facturación, apoyo administrativo, o análisis de datos. Estos socios comerciales y subcontratistas están obligados por ley federal para proteger su información de salud. Por ejemplo, podemos pedirle que se haga análisis de laboratorio (como de sangre u orina), y podemos usar los resultados para ayudarnos a diagnosticarlo. Podemos usar su PHI para poder escribir una prescripción a usted, o podemos revelar su PHI a una farmacia cuando le ordenamos una prescripción a usted. Hemos establecido "mínimo necesario" o "necesidad de conocer" las normas que limitan el acceso a varios miembros del personal sobre su información de salud de acuerdo a sus funciones de trabajo principales. Adicionalmente, se requiere un documento confidencial firmado de todo nuestro personal.

Pagos: Podemos utilizar y revelar su PHI para obtener el pago por los servicios que le brindamos. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su seguro de salud para certificar que usted es elegible para los beneficios (y qué alcances de beneficios), y podemos proveerle detalles a su seguro respecto a su tratamiento para determinar si su seguro cubrirá, o pagará por su tratamiento. Esta descripción involucra a nuestro personal de oficina y también incluye organizaciones de seguros, colecciones u otros terceros que pueden ser responsables por los gastos, tales como miembros de la familia.

Operaciones Médicas: Podemos utilizar y revelar su PHI para poder funcionar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar el cuidado de atención que recibió de nosotros, para evaluar la implementación de nuestros programas y normas y/o actividades que gestionan costo o planes de negocios.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su PHI a las autoridades apropiadas si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o víctima posible de otros crímenes. Esta información será compartida en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otros.

NOTA: Esta es una versión abreviada de la Notificación de Prácticas de Privacidad de GDCHC. Aviso de listas: (1) las formas adicionales GDCHC pueden utilizar su información de salud; (2) situaciones en las que se requiere su autorización para la liberación; y (3) sus derechos con respecto a la PHI. Una notificación completa se encuentra en todos los lugares de GDCHC. Para recibir una copia de la Notificación de GDCHC llena y completa de prácticas de privacidad, por favor póngase en contacto con el Personal de los Centros de Salud Escolar.

Registration # _____

Connecticut Institute for Communities, Inc. (CIFC) Greater Danbury Community Health Center (GDCHC)

Formulario de Permiso Del Centro de Salud Escolar

Toda la información en la parte del frente y parte posterior de este formulario se debe completar con fecha y firmarla antes de que su niño/a pueda recibir servicios de SBHC. Si un estudiante tiene 18 años o más, él/ella puede firmar su propio permiso. Datos demográficos se requiere por el Estado y serán utilizados con fines estadísticos.

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre, M.I.)	Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)	☐ Hombre ☐ Mujer	Grado / Cluster
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Teléfono de casa	
Por favor, marque su escuela: ☐ Broadview Middle School ☐ Rogers Park Middle School ☐ Danbury High School/ACE ☐ Henry Abbott Technical High School		Teléfono de Cellular del Estudiante	

Nombre del Padre / Guardian	Relación con el Estudiante	Fecha de Nacimiento
Dirección Padre/ Guardián, si es diferente al estudiante (calle, ciudad, estado, código postal)	Correo Electrónico Padre/ Guardián	
Teléfono de casa	Teléfono de cellular	Teléfono del Trabajo

Nombre del Padre / Guardian	Relación con el Estudiante	Fecha de Nacimiento
Dirección Padre/ Guardián, si es diferente al estudiante (calle, ciudad, estado, código postal)	Correo Electrónico Padre/ Guardián	
Teléfono de casa	Teléfono de Cellular	Teléfono de Trabajo

Contacto de Emergencia	Relación con el Estudiante	
Teléfono de casa	Teléfono de Cellular	Teléfono de Trabajo

Información Demográfica	**Raza: (Marque uno)** ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro Americano ☐ Hawaiano Nativo/Otra raza de las Islas del Pacifico ☐ Blanco ☐ Mas de una raza	
Es el estudiante Hispano / Latino? ☐ Si O ☐ NO	Que idioma (s) Habla el estudiante (marca todas las que correspondan) ☐ Ingles ☐ Español ☐ Portugués ☐ Otro:_____	En qué país nació el estudiante?
Es estudiante en el programa de almuerzo gratis o precio reducido? ☐ Si O ☐ NO	Ingreso Annual de Familia	Cuantos en la Familia

Atención Medica ** Favor de proporcionar copia de la tarjeta		**Cuidado Dent **Favor proporcionar copia de la tarjeta de Seguro Dental**	
Nombre de Doctor O Clínica:		Nombre del Dentista:	
Dirección de la Clínica (calle, ciudad, estado, código postal)		Dirección del dentista (calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono Clínica:	Número de Teléfono Medico:	Número de teléfono del Dentista:	Fecha del último examen dental:

Tiene el estudiante
MEDICAID/Seguro de Husky: Si O NO
Medicaid En Espera: Si O NO
<u> Por favor, proporcione una copia de la tarjeta de seguro</u>**

Si su hijo/a no tiene seguro de salud
Por favor, llame al 1-877-CT-HUSKY

Medicaid #: _____

Nombre en la tarjeta: _____

Tiene el estudiante Seguro **Privado/Comercial:** Si O NO
<u>Por favor, proporcione una copia de la tarjeta de seguro</u>**

Nombre de Compañía de seguro: _____
Nombre Asegurado: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado _____
Dirección del Asegurado _____
Empleador del Asegurado: _____
Relación al estudiante: _____
Número del seguro del Estudiante: _____
Numero de grupo: _____

He leído la información sobre el Centro de Salud Escolar de CIFC GDCHC SBHC y doy permiso para que este estudiante obtenga todos los servicios que se ofrecen en el Centro de Salud Escolar, mientras que él / ella estén matriculados en la escuela. Entiendo que los servicios serán confidenciales, excepto en situación que amenaza la vida o los servicios de emergencia y de acuerdo a la ley. Yo doy permiso a los Centros de Salud Escolares de CIFC GDCHC SBHC y las escuelas públicas de Danbury/ Escuela Técnica Henry Abbott para intercambiar la información pertinente a las personas adecuadas con el objeto de proporcionar la asistencia sanitaria, diagnósticos, tratamientos y los servicios de asesoramiento, así como el mantenimiento de la seguridad en las escuelas. Esta información compartida pueda que incluya la salud, académicos y los datos de educación especial necesarios para el tratamiento / servicios a los proveedores de seguros con nombre para fines de facturación. Autorizo pagos que deban realizarse directamente al Centro de Salud Escolar CIFC GDCHC por servicios proporcionados. **Mi firma abajo también sirve como reconocimiento de que he recibido una copia de la póliza de privacidad del CIFC GDCHC según la ley federal. A menos que yo elija retirar mi consentimiento por escrito, dicha autorización para los servicios en los Centros de Salud Escolar continuará durante todo el período de tiempo que el estudiante esté matriculado en las Escuelas Públicas de Danbury / Escuela Técnica del Henry Abbott.**

Fecha: _____ **Firma:** _____ **Relación al estudiante:** _____

Formulario de Historia Medica del SBHC

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Está el estudiante tomando algún medicamento? En caso afirmativo, indique los medicamentos y dosis:

_____

_____

Por favor, marque "Si" o "NO." Por favor explique todas las respuestas si "Si" responda en el espacio indicado.

Historial Medico:	**NO**	**Si**	**(En caso afirmativo, por favor explique)**
Alergias (alimentos, medicamentos, productos químicos, etc)			
Cualquier problema con la Vista (lente de contactos / lentes)			
Cualquier problema con la Audición			
Conmoción cerebral (¿Cuándo?)			
Desmayo o perder el Conocimiento			
Problemas del corazón / Murmullos / Dolor en el pecho			
Hipertensión Arterial / Colesterol			
Problemas de Respiración / Tos / Asma			
Enfermedad de la sangre/ Trastornos (e.j. anemia, anemia de la célula, etc)			
Antecedentes de Convulsiones			
Diabetes / Tiroides / Endocrino			
Hospitalización o Cirugía			
Huesos rotos, Dislocaciones, u otros problemas			
Lesiones Musculares o Articulaciones			
Lesiones en el Cuello o Espalda			
Problemas de Ejercicios / Corriendo			
"Mono" (Cuándo?)			
Prueba de la Tuberculosis o Contagio			
Problemas Dentales			
Dolores de cabeza o Migrañas			
Los problemas de Peso o Comer			
Tiene un solo riñón o Testículo o Ojo			
Mujeres: Problemas Menstruales			
Otros problemas médicos no abordados anteriormente:			

Historial de la Salud Mental:	**NO**	**Si**	**(En caso afirmativo, por favor explique)**
Ansiedad			
Trastorno del Estado de ánimo / Depresión			
Problemas de pérdida / Divorcio			
Trastorno ADHD / ADD / Aprendizaje			
Autismo / Asperger			
Comer problema trastorno / Peso			
Cortes / Automutilación			
Fumar / Uso de Alcohol / Drogas			
Otros problemas de comportamiento de salud mental :			

Historial Familiar:	**NO**	**Si**	**Relacion (Quién?)**	**(En caso afirmativo, por favor explique)**
Muerte inexplicada de un familiar (menores de 50 años)				
Miembros de la familia con enfermedades del Corazón, Colesterol alto y / o Diabetes (Cuál?)				
Problemas de Alcohol / Drogas				
Enfermedad Mental (es decir la depresión)				
Cualquier otro problema médico de la familia que no se tratan arriba				
Otros problemas aparte que no son tratados arriba				
Está el estudiante bajo el cuidado de cualquier médico especialista (explicar)				

Si usted desea hablar con uno de los miembros del personal del Centro de Salud Escolar en relación con las preocupaciones que usted pueda tener acerca de su hijo/a, o si tiene otras preguntas generales al SBHC, por favor llame durante el horario escolar

Broadview Middle School SBHC (203) 731-8274 Fax: (203) 731-8275
Rogers Park Middle School SBHC (203) 778-7479 Fax: (203) 778-7481
Danbury High School SBHC (203) 790-2886 Fax: (203) 731-2914

De acuerdo a lo expresado en mi historial médico atribuyo que conteste correctamente de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que debo de informar al Centro de Salud Escolar, si hay cambios en la salud mental o física de mi hijo/a.

Fecha: _____ **Firma:** _____ **Relación con el estudiante:** _____