



ARBOR

FAMILY HEALTH

SCHOOL-BASED CLINICS

Arbor Family Health School Based Health Centers están muy entusiasmados a dar la bienvenida a los estudiantes para el nuevo año escolar!

Nuestro centro de salud escolar puede ayudar a los niños proporcionando acceso conveniente a cuidado de salud, servicios de salud mental, y servicios dentales, todo mientras reduciendo falta escolar y falta de trabajo por parte de los padres.

Esamos ubicados en el campus de le escuela Brusly Middle!

School Based Health ofrece:

- Transporte entre la escuela y la clínica
- Visitas rutinarias de salud, chequeos físicos para deportes, y chequeos preventivos
- Vacunas
- Visita por enfermedad que incluyen estudios para flu, COVID-19, y estreptococo
- Servicios de salud mental
- Servicios dentales
- Servicios de farmacia (se puede recoger, entregar, u ordenar por correo)
- Televisitas/visitas virtuales
- Coordinadora de asistencia para ayudar con aplicaciones de seguro medico

Para que sus hijos puedan recibir nuestros servicios, el paquete que está adjuntado debe ser completado en totalidad y devuelto a la oficina de la escuela o también se puede devolver a una de nuestras clínicas.

Para hacer una cita llame al: 225-385-2668.

Para mis información sobre nuestros servicios por favor llame al 1-888-711-3785.

Estamos muy entusiasmados para proveer servicios para sus hijos!



ARBOR
FAMILY HEALTH
 — BRUSLY —
 SCHOOL BASED CLINIC

Brusly School Based Health Center

Consentimiento de transporte

Yo, _____ (Padre / tutor), doy mi permiso para mi
 niño _____ para ser transportado desde su escuela hacia y desde:

Brusly Elementary School
 400 South LaBauve Rd.
 Brusly, LA 70719

Brusly Middle School
 630 North Vaughn Dr.
 Brusly, LA 70719

Brusly High School
 658 North Vaughn Dr.
 Brusly, LA 70719

Brusly Upper Elementary School
 601 North Kirkland St.
 Brusly, LA 70719

Lukeville Upper Elementary School
 6123 LA Highway 1 South
 Brusly, LA 70719

Brusly School Based Clinic
 630 North Vaughn Dr.
 Brusly, LA 70719

En una camioneta del Innis Community Health Center (ICHC) para recibir servicios médicos / dentales durante el año escolar.

Si desea revocar su consentimiento para el transporte en cualquier momento, llame al Brusly High School Based Health Center at 225-385-2668 or 225-344-0008.

 Nombre del niño (IMPRIMIR)

 (Escuela y grado del niño)

 (Fecha de nacimiento del niño)

Cindy Peavy EdD

 Cindy Peavy, Directora ejecutiva

 Nombre de la parte responsable

08/01/2023

 Fecha de firma

Chandler Smith

 Firma de la parte responsable

 Dr. Chandler Smith, Superintendente

08/01/2023

 Fecha de firma



ARBOR

FAMILY HEALTH
— BRUSLY —
SCHOOL BASED CLINIC

Formulario de consentimiento uniforme de Louisiana para centros de salud escolares

El nombre del estudiante: Segundo nombre		Primer Nombre		ID# (Solo para uso de oficina.)		
Direccion de casa (incluir ciudad)				Código Postal:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Religión:	Raza:	Etnicidad :		
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra						
Número de seguro social:		Colegio:	Calificación del estudiante:			
Idioma preferido:	Correo electrónico del estudiante:		Teléfono celular del estudiante: ()			
Nombre de la Madre/Guardian:	¿Pariente más cercano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Teléfono de Casa: ()	Teléfono del Trabajo: ()	Teléfono celular: ()	Empleador:	
Nombre del Padre/Guardian:		Teléfono de Casa: ()	Teléfono del Trabajo: ()	Teléfono celular: ()	Empleador:	
Correo electrónico de los padres:						
Contacto de emergencia:			Relación:	Teléfono: ()		
Contacto de emergencia:			Relación:	Teléfono: ()		
Médico de atención primaria del estudiante:				Teléfono: ()		
Dentista del estudiante:				Teléfono: ()		
Farmacia preferida:	Nombres de los hermanos inscritos en el centro de salud escolar:					
Envíe una copia de la tarjeta del seguro (anverso y reverso) a SBHC. Marque el tipo de seguro médico que tiene su hijo: <input type="checkbox"/> Medicaid/Healthy Louisiana #: _____ (marque uno a continuación) <input type="checkbox"/> Amerigroup of LA <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas LA <input type="checkbox"/> Aetna Better Health <input type="checkbox"/> LA Healthcare Connections <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Medicaid (dental) #: _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado / Otro Nombre de la empresa: _____ Dirección de Co.: _____ Teléfono #: _____ Número de póliza: _____ Grupo#: _____ Fecha efectiva: _____ Nombre del titular de la póliza _____ Relación con la estudiante: _____ Tomadora del seguro fecha de nacimiento: _____ Titular de la póliza Seguridad Social #: _____ ¿Su seguro paga las recetas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						
	Si su hijo no tiene seguro médico, ¿le gustaría obtener información sobre un seguro médico gratuito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	¿Su hija es alérgica a algún alimento o medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, enumere:					
	Lista de los medicamentos que toma actualmente el estudiante con la dosis (cuánto) y con qué frecuencia:					

Entendemos que el SBHC puede participar en uno o más intercambios de información médica (HIE), por lo que el El centro puede compartir mi información médica con otros proveedores de atención médica para tratamiento, pago o atención médica fines de operaciones. Por la presente, damos nuestro consentimiento a la divulgación de los registros de SBHC en los HIE.

Ley de Luisiana R.S. 40: 31.3 establece que los centros de salud en las escuelas tienen prohibido:

1. Asesoramiento o defensa del aborto o derivación de cualquier estudiante a una organización para asesorar o defender el aborto.
2. Distribuir cualquier dispositivo de medicamentos anticonceptivos o abortivos, o productos similares.

Para informar violaciones de las prohibiciones contra el asesoramiento, la defensa o la remisión del aborto; o distribución de anticonceptivos, medicamentos abortivos, dispositivos u otros productos similares, comuníquese con Innis Community Health Center, Inc al 225-492-3775.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, USTED ACEPTA PERMITIR AL CENTRO DE SALUD ESCOLAR PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES SERVICIOS A SU HIJO:

- ▲ Atención sanitaria primaria y preventiva
- ▲ historial completo y exámenes físicos
- ▲ inmunizaciones
- ▲ exámenes de salud
- ▲ pruebas de laboratorio / de diagnóstico
- ▲ atención aguda para enfermedades y lesiones menores
- ▲ Administración de medicamentos de venta libre según sea necesario
- ▲ manejo de enfermedades crónicas
- ▲ servicios de salud conductual
- ▲ programas de educación y prevención en salud
- ▲ manejo de casos
- ▲ derivación y seguimiento de emergencias
- ▲ derivación a atención especializada
- ▲ Telehealth
- ▲ Teledentistry
- ▲ servicios dentales (donde estén disponibles)
- ▲ barniz de flúor
- ▲ transporte al sitio de SBHC en Brusly Middle School

Yo, como padre/tutor, entiendo que no se me cobrará por ninguno de los servicios prestados en el centro de salud de la escuela. También entiendo que Innis Community Health Center o el médico pueden facturar a Medicaid u otros proveedores de seguros por estos servicios. Autorizo/asigno los pagos de los beneficios autorizados directamente a Innis Community Health Center, Inc.

Al firmar a continuación, nosotros (el estudiante y el padre / tutor) reconocemos que hemos leído y entendido los servicios que se brindarán en el centro de salud de la escuela. Ambos damos permiso para que este estudiante reciba los servicios proporcionados por el programa.

Este consentimiento es efectivo mientras el estudiante está inscrito en Brusly SBHC a menos que se notifique por escrito al Centro de Salud Escolar que ya no deseo que mi hijo reciba servicios. Entiendo que se me puede pedir que complete un formulario de una página cada año escolar para actualizar información importante.

También entendemos que el Centro de salud escolar es operado por Innis Community Health Centers, Inc y sus empleados y contratistas.

Nombre de la parte responsable

Relación

Firma de la parte responsable

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier momento con el permiso por escrito del padre / tutor y del estudiante a la entidad mencionada anteriormente. Se entregará una copia duplicada de este documento a los padres o tutores cuando lo soliciten.

Office use only: Reviewed/Entered by: _____ Date: _____

Effective June 2023

Solo para uso de oficina.

Student's Name: _____

Date of Birth _____

Confidencialidad: Los Centros de Salud Escolares (SBHC) se adhieren a todas las leyes vigentes con respecto a la confidencialidad de los servicios de salud en general y específicamente en lo que se refiere a los servicios a menores. Todos los registros médicos y de salud mental son confidenciales y se mantendrán según las instrucciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Doy mi consentimiento para el intercambio de información de salud relevante entre el Centro de Salud Escolar de Brusly y el proveedor médico personal del estudiante al ser referido para atención médica. Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Innis Community Health Centers, Inc que describe cómo se usa y se comparte mi información médica. Entiendo que Brusly School Based Health Center tiene el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual comunicándome con el Centro de Salud Escolar, al 225-384-2668 o al 225-344-0008. Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Aceptamos el intercambio de información de salud relevante (incluida información sobre exámenes físicos, historiales médicos y otra información) entre la enfermera de la escuela y el personal del centro de salud según sea necesario para facilitar la evaluación de las necesidades de salud de este estudiante, educación especial multidisciplinaria evaluaciones, referencias disciplinarias, registros de asistencia y registros de vacunación. Entendemos que debido a la naturaleza confidencial de los servicios proporcionados en el centro de salud, solo se compartirá con el director de la escuela la información relacionada con una crisis o amenaza de daño grave o grave a sí mismo o a otros.

La junta escolar y el centro de salud escolar acuerdan por la presente que toda la información médica del estudiante se declara confidencial y no se puede divulgar a ninguna otra persona, empresa u organización que no sea 1) un proveedor de atención médica (para diagnóstico, tratamiento o asesoramiento propósitos); (2) el seguro autorizado o el pagador de beneficios o plan de servicios de atención médica que es responsable del pago; o (3) el cónyuge, padre / tutor del estudiante menor de edad. Aunque nada de lo aquí contenido puede prohibir el tratamiento por parte de un médico con licencia de alguien en una verdadera situación de emergencia dentro del significado de la Ley de Tratamiento de Emergencia de Luisiana, las visitas y / o tratamientos deben ser revelados a los padres tan pronto como sea razonablemente posible después de la visita y / o tratamiento, mediante un esfuerzo razonable mediante notificación por escrito a través del niño a los padres / tutores y / o una llamada telefónica a los padres / tutores. La información médica obtenida no se puede utilizar para ningún otro propósito que no sea el examen médico, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un proveedor de atención médica autorizado. Las disposiciones de este párrafo no se aplican en casos de abuso infantil por parte de un padre / tutor. Cualquier información médica utilizada con fines de encuestas o para evaluar el desempeño del centro de salud escolar mantendrá la identidad de los estudiantes en el anonimato, incluidas las referencias a los números de seguro social u otros métodos de identificación. Nada de lo contenido en este documento constituirá un consentimiento médico para dar suministros a un menor que impliquen anticoncepción, aborto, relaciones sexuales prematrimoniales, ni se podrá realizar un examen o tratamiento con el fin de determinar si el asesoramiento para dichos servicios o suministros es o no apropiado. Nada en este párrafo invalidará el Consentimiento otorgado en el Adjunto.

En cualquier momento, el padre o tutor o el menor de edad pueden negarse a proporcionar información, incluidos, entre otros, el historial médico a largo plazo del niño y los miembros de la familia si el niño decide hacerlo o si el padre restringe o prohíbe la divulgación de dicha información. La limitación no tiene la intención de prohibir que el padre o el niño proporcionen un historial médico relacionado con la razón o el propósito específico por el que el niño busca tratamiento médico. He leído y entiendo la información de este formulario. Doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico en el Centro de salud de Brusly High School. Soy el tutor legal del niño.

Acuso recibo del Aviso de privacidad y entiendo que puedo llamar a Brusly SBHC al 225-385-2668 o al 335-344-0008 para que me respondan cualquier pregunta relacionada con el Aviso de privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Su nombre (en letra de imprenta): _____



ARBOR

FAMILY HEALTH
— BRUSLY —
SCHOOL BASED CLINIC

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ El año escolar: _____

Historial médico del estudiante (indique cuál de las siguientes afecciones médicas ha sido tratado su hijo o si tiene inquietudes que su hijo pueda tener)

Sí	No	Condición Médica	Sí	No	Condición Médica
		Sangrado anormal			Infecciones de oído
		ADHD/ADD			Pérdida de la audición
		Alergias			Problemas del habla
		Asthma (traiga el inhalador a la clínica)			Preocupaciones de salud mental / depresión
		Defecto de nacimiento			Discapacidad física
		Lesión cerebral o en la cabeza			Respiratorio (problemas pulmonares)
		Huesos rotos			Fiebre reumática (escarlatina)
		Problemas cardiovasculares (corazón)			Convulsiones
		Alta presión sanguínea			Enfermedad de célula falciforme
		Enfermedad dental			Problemas de visión / trastornos oculares
		Diabetes			Infección por estafilococos (absceso o forúnculo)
		Problemas alimenticios / Poco apetito			COVID-19
					Otro:

Historial quirúrgico y de hospitalización del estudiante

¿Alguna vez ha tenido su hija cirugía? (En caso afirmativo, especifique a continuación) Sí No

Sí	No	Cirugía	Sí	No	Cirugía
		Tubos de PE (tubos en los oídos)			Adenoidectomía
		Apendectomía			Cirugía de huesos o articulaciones
		Amigdalectomía			Otro:

¿Alguna vez su hija ha sido ingresada en un hospital? (En caso afirmativo, especifique a continuación) Sí No

Hospital	Fecha	Causa

Historial médico familiar (cuál de las siguientes condiciones médicas se aplica a usted oa un familiar directo)

Sí	No	Condición y detalles	Relación con el estudiante (madre, hermana, etc.)	Sí	No	Condición y detalles	Relación con el estudiante (madre, hermana, etc.)
		Asthma				Diabetes	
		Cáncer				Convulsiones	
		Alta presión sanguínea				Muerte súbita antes de los 50 años	
		Enfermedad cardíaca / Ataque cardíaco				Célula falciforme	
		Preocupaciones de salud Emocional / mental				Tuberculosis	
		Trastorno nervioso / mental				Otro:	
		Otro				Otro:	

Firma de la parte responsable _____	Fecha _____ Número de contacto _____
-------------------------------------	---



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nos complace ayudarlo a mantener saludable a su hijo completando las vacunas requeridas este año escolar. La firma de este formulario indica que recibirá los formularios VIS antes de administrar las vacunas y solicita que el centro de salud escolar le dé a su hijo las vacunas recomendadas por los CDC, que incluyen:

Vacunas requeridas:

- HepA (hepatitis A) Meningocócica
- HepB (hepatitis B) Varicela (varicela)
- Tdap (tétanos, difteria, tos ferina acelular)
- MMR (sarampión, paperas, rubéola)
- Polio
- DTaP (difteria, tétanos y tos ferina acelular)

Vacunas opcionales: marque Sí o No

- VPH (virus del papiloma humano) **SÍ** __ **NO** __
- Influenza **SÍ** __ **NO** __

Responda las preguntas a continuación encerrando en un círculo "sí" o "no"

¿Alguna vez su hijo ha tenido la enfermedad de varicela?	Sí	No
¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas?	Sí	No
¿Su hijo ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	Sí	No
¿Ha tenido su hijo una convulsión o un problema cerebral?	Sí	No
¿Su hijo tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema inmunológico?	Sí	No
¿Su hijo ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, contra el cáncer, o se ha sometido a tratamientos de rayos X en los últimos 3 meses?	Sí	No
¿Ha recibido el estudiante una transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha dado inmunoglobulina (gamma) en el último año?	Sí	No
¿Su hijo está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes?	Sí	No
¿Su hijo ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	Sí	No
¿Su hijo es alérgico a los huevos / pollo?	Sí	No

¿En qué consultorio médico recibió su hijo las vacunas de la infancia? _____

Si tiene registros de vacunas en casa, envíelos a la escuela con su hijo. Haremos una copia y le devolveremos su original.

Si desea que la Clínica de Salud Escolar de Brusly administre vacunas, firme a continuación.

No hay ningún costo para usted por este servicio.

Llame al 225-385-2668 o al 225-344-0008 si tiene alguna pregunta o inquietud.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

YO, (NOMBRE DEL PADRE / TUTOR) _____ doy permiso para que mi hijo reciba vacunas en la Clínica de Salud Escolar de Brusly. Firme a continuación como recibo de las declaraciones de información sobre vacunas.

 FIRMA DEL PADRE / TUTOR

 FECHA