

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha: _____

Información Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
(Escribe el nombre del niño en letra de molde)

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Género: M F Escuela: BES BMS BHS RFHS Otro: _____ Grado: _____
(Donde atiende el alumno (a))

Por favor marque la categoría **racial** que Usted siente que representa el origen de su hijo(a):

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Otro o Indeterminado
 Nativo de Hawai o las Islas del Pacífico Blanco Rehúso contestar Mezcla de raza (indique cuales razas) _____

Si su hijo(a) es de origen hispano/latino, por favor marque la categoría **étnica** que Usted siente que representa el origen de su hijo(a):

- Mexicano(a) Mexicano(a) estadounidense Chicano(a) Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro _____

Por favor marque el idioma que se habla en casa de su hijo(a):

- Américo Inglés Hindi Coreano Polaco Otro: _____
 Árabe Francés Italiano Lengua de Signos Ruso
 Chino Alemán Japonés Español Vietnamita

Si es Bilingüe, por favor indique los idiomas hablados: _____

Información Familiar

Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono: (____) _____
(Con quien vive el niño)

Nombre de la madre/tutor: _____ Teléfono: (____) _____
(Con quien vive el niño)

Dirección: _____ #de Apartamento: ____ Ciudad: _____ Condado _____ Código Postal: _____

Lugar de trabajo de la Madre (Ciudad): _____ Lugar de trabajo del Padre (Ciudad): _____

Indique la mejor manera de comunicarnos con Usted: Teléfono (llamada ____ texto ____) Correo Email: _____

Contacto De Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: (____) _____
(Aparte de familiares que viven en casa)

Información de Seguro Medico

Seguro médico: Medicaid CHP+ Private Ningún seguro médico

Nombre de Aseguranza: _____ # de Identificación: _____ # de Grupo: _____

Por que escogió ser visto es esta clínica? Conveniencia Costo Otro _____

Como se entero del Centro de Salud Escolar? Por favor marque uno:

- Maestro o Escuela Pamflete Boletin Escolar Paquete de registro escolar
 Noche de regreso a la escuela Poster Pagina de Internet de la escuela Otro: _____

**FIRME
AQUI**

Firma del padre/tutor

Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

Fecha (día/mes/año)

FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

Apellido del Alumno(a): _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
(Escriba el nombre del alumno(a))

Información Medica

Esta su hijo(a) tomando medicamentos actualmente? Si ____ No ____

Si la respuesta es "SI", por favor llene esta tabla:

Tipo de Medicamento:	Razón para tomar el medicamento:

Cirugía (edad, tipo): _____

Fracturas (edad, tipo): _____

Concusión (edad, razón): _____

Alergias: Si ____ No ____ Si la respuesta es afirmativa, Cuales? _____

Enfermedades o condiciones previas/actuales:

	Alumno (a):			Miembros de la familia cercanos:			
	SI	NO	SI, explique:		SI	NO	SI, explique:
Obesidad				Obesidad			
Diabetes				Diabetes			
Asma				Asma			
Problemas Cardiacos				Problemas Cardiacos			
Hipertensión				Hipertensión			
Derrame Cerebral				Derrame Cerebral			
Epilepsia				Epilepsia			
Cáncer				Cáncer			
Otro:				Otro:			

Tiene alguna preocupación de salud afectiva o mental en su hijo(a): Si ____ No ____ Explique: _____

Cualquier otra preocupación: Si ____ No ____ Explique: _____

Esta interesado que le ayudemos con el manejo de alguna enfermedad crónica de su hijo(a): Si ____ No ____

Explique: _____

Proveedor médico de su hijo(a): _____

Cuándo fue la última visita que su hijo(a) tuvo con el médico?

Dentro de los últimos 6 meses ____ Dentro de los últimos 12 meses ____ Dentro de los últimos 3 años ____ Nunca ____

Cuándo fue la última visita de su hijo(a) tuvo con el dentista?

Dentro de los últimos 6 meses ____ Dentro de los últimos 12 meses ____ Dentro de los últimos 3 años ____ Nunca ____

Alguien fuma en la casa? Si ____ No ____



Firma del padre/tutor

Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

Fecha (día/mes/año)

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS
(Cuéntenos acerca de sus ingresos)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Escribe el nombre del niño en letra de molde)

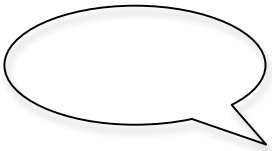
Usted DEBE contestar las siguientes preguntas SI SU HIJO/A NO TIENE SEGURO MEDICO o Medicaid (o si la solicitud de seguro o de Medicaid/CHP+ de su hijo/a esta pendiente). Si su hijo tiene seguro medico que cubre los costos de su visita de hoy, no es necesario que responda a estas preguntas.

1. Cuantas personas viven en su casa? Marque uno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Cual es el ingreso total de su familia (antes de impuestos)? \$ _____ /año

Confirmo que mi hijo/a no tiene seguro medico que cubra los servicios que el/ella esta recibiendo hoy. También confirmo que, a lo mejor de mi conocimiento, la información financiera de mi familia es completa y correcta.



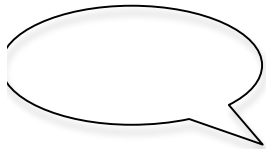
Firma de Madre/Padre/Tutor

Fecha de Servicio (Hoy)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Por Favor Lea Esta información Con Atención

- Tengo entendido que los servicios médicos y preventivos dentales son proporcionados por Roaring Fork School Health Centers – RFSHC (Centros de Salud Escolar del Roaring Fork).
- Tengo entendido que los servicios de salud mental son proporcionados por proveedores independientes contratados por RFSHC para proveer dichos servicios en las instalaciones físicas del RFSHC.
- Tengo entendido que RFSHC pondrá a disposición de mi hijo los siguientes servicios:
 - Tratamientos de enfermedades y heridas menores
 - Exámenes físicos para deportes
 - Vacunas
 - Control de condiciones médicas crónicas en conjunto con el doctor del paciente
 - Pruebas de laboratorio de rutina
 - Cuidado de Salud Mental
 - Exámenes físicos infantiles
 - Servicios Dentales preventivos
 - Educación nutricional
 - Coordinación con agencias comunitarias para otras asistencias necesarias.
- Doy autorización para que los servicios mencionados arriba se presten a mi hijo(a) tal como sea necesario. Tengo entendido que el personal médico de la escuela o el personal de RFSHC tratare de notificarme antes de que mi hijo(a) tenga contacto con el profesional medico, dental, de salud mental o nutricional, y de los resultados de la misma, a excepción de situaciones en las cuales la ley Federal y/o Estatal permita al estudiante tener acceso a tales tratamientos sin la autorización de los padres o tutores. Doy mi permiso para que mi hijo reciba atención en RFSHC sin importar si yo acompaño o no a mi hijo(a) a la clínica. Tengo entendido que el personal del RFSHC me informará si mi hijo(a) representa un peligro para si mismo(a) o para los demás.
- Tengo entendido que RFSHC **NO** ofrece los siguientes servicios:
 - Hospitalización
 - Tratamiento de condiciones medicas o psiquiatricas complejas
 - Rayos X médicos
 - Servicios dentales
 - Servicios farmacéuticos
 - Atención medica de emergencia (excepto las requeridas por la ley)
 - Suturas
- Autorizo al personal del RFSHC para que compartan parte o la totalidad del expediente médico de mi hijo(a) con personas o entidades que conciernen a su atención médica, incluyendo su médico de cabecera, el proveedor de salud mental, la enfermera de la escuela, ayudante médico de la escuela y/o personal del Distrito Escolar del Roaring Fork RE-1 que este involucrado con el monitoreo del bienestar de mi hijo(a) y tenga una razón justificable para acceder a esta información.
- Además, tengo entendido que toda la información en el expediente médico de mi hijo(a) es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o agencia, no autorizada, sin consentimiento por escrito. Esta practica cumple con la ley de Colorado.
- Autorizo al personal del RFSHC a referir mi hijo(a) a otros médicos y si es necesario, llamar a los servicios de emergencia (911), transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de salud, hospitales o clínicas como sea necesario según la opinión profesional del RFSHC. Los gastos relacionados con servicios de ambulancia y otra emergencia serán mi responsabilidad. Nada en esta autorización modifica o limita la responsabilidad o autoridad del Distrito Escolar del Roaring Fork RE-1 para tratar con situaciones de emergencias medicas en forma apropiada.
- Doy mi consentimiento al personal del RFSHC para revisar los expedientes escolares de mi hijo(a), datos de asistencia escolar y otros expedientes que puedan facilitar a los proveedores de salud del RFSHC ayudar a mi hijo(a).
- Doy mi consentimiento para que se comparta cualquier información en cuanto al tratamiento con compañías de seguros y cobro para el propósito de enviar facturas.
- Trataré de estar disponible para comunicaciones con respecto a las necesidades médicas de mi hijo(a). Comprendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con toda forma de tratamiento y se da el consentimiento en consideración de este conocimiento. Tengo entendido que es mi deber informar al personal del RFSHC de cualquier cambio en la custodia de mi hijo(a).
- Esta autorización para servicios tiene vigencia por el tiempo que mi hijo(a) este matriculado en el Distrito Escolar del Roaring Fork RE-1. Podré retirar mi autorización en cualquier momento por escrito al RFSHC.
- Finalmente, certifico que, al firmar este formulario, estoy autorizado legalmente para proveer este consentimiento.



Firma del padre/tutor

Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

Fecha (día/mes/año)

Notificación de HIPPA y Normas de Privacidad

Apellido del Alumno(a): _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
(Escriba el nombre del alumno(a))

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN MEDICA DE SU HIJO(A), ASÍ COMO LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CON CUIDADO.

ROARING FORK SCHOOL HEALTH CENTERS (RFSHC) brinda servicios de salud a sus pacientes en asociación con médicos, profesionales de salud mental y otras organizaciones. Las normas de privacidad que se presentan a continuación serán seguidas por RFSHC. Nosotros compartiremos información sobre nuestros pacientes si es necesario para el tratamiento, pago o cualquier otro asunto relacionado con el CUIDADO DE LA SALUD DEL PACIENTE.

Esta notificación de las practicas de privacidad entre Usted y RFSHC servirá como autorización para acceder y compartir la información médica de su hijo(a) ("paciente") en los términos que se describen en este documento.

I. Entendiendo la información de salud del paciente.

Cada vez que el paciente visita RFSHC se hace un registro de su visita. Este registro generalmente incluye su nombre y cualquier otra información de identificación, como sus síntomas, exámenes, resultados, diagnostico, tratamiento, recomendaciones de seguimiento e información financiera. A este registro algunas veces se le llama "expediente médico" o "registro médico". Este registro permite:

- Que los proveedores de salud médica o mental puedan planear su tratamiento.
- Que RFSHC pueda obtener el pago por los servicios que le brindamos.
- Que RFSHC pueda evaluar la calidad del servicio que brindamos.

Nosotros estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de la información de salud del paciente. No utilizaremos o daremos a nadie la información de salud del paciente sin su permiso por escrito, con excepción de los casos que se mencionan en este documento.

II. Como se utilizara o se permitirá el acceso a la información de salud del paciente.

a. Tratamiento, pago y asuntos relacionados con la atención a la salud del paciente:

Utilizaremos la información de salud del paciente para darle tratamiento médico, obtener pago por nuestros servicios y para ayudarnos a conducir mejor nuestro centro. Por ejemplo:

- Podemos dar la información de salud del paciente a otros médicos o al personal de hospitales, que no son parte de nuestra clínica pero que nos están ayudando en el cuidado de su salud.
- Podemos enviar una factura por los costos de los servicios recibidos.
- RFSHC puede utilizar su expediente medico para revisar nuestro desempeño y estar seguros de que el paciente esta recibiendo un servicio de salud de Buena calidad.

b. Otros usos de la información de salud que son permitidos o requeridos por la ley:

Después de haber obtenido su autorización como padre/tutor, podemos usar o permitir el acceso a la información de salud del paciente por alguno de los siguientes propósitos en circunstancias limitadas:

- A personas involucradas en el cuidado o en el pago por el cuidado de su salud, tales como familia, amigos cercanos o cualquier otra persona escogida por Usted. A esta persona le podemos informar el estado general del paciente y/o dar información necesaria para que ayuden con el cuidado de su salud (al recoger medicamento o ayudándole en su seguimiento).
- A agencias gubernamentales que supervisan nuestro centro de salud (tales como los inspectores que otorgan licencias y certificaciones).

Notificación de HIPPA y Normas de Privacidad
Continuación

- A agencias gubernamentales que tienen el derecho de recolectar información de salud (tales como las que colaboran con el control de brotes de enfermedades).
- Cuando la ley lo requiere (para prevenir situaciones peligrosas o accidentes).
- Para estudios de investigación que cumplen todos los requisitos legales de privacidad (tales como investigaciones para detener una enfermedad).
- Para establecer comunicación con el paciente sobre nuevos tratamientos o medicamentos que pueden ayudarlo.
- A personal asociado con el centro que nos ayuda a llevar a cabo nuestras tareas, tales como contadores, consultores de computación, y compañías de cobro (solamente en los casos en que la compañía acepta por escrito cuidar la confidencialidad de la información de salud del paciente, como lo requiere la ley).
- Por cualquier otro propósito requerido o permitido por la ley.

c. Podemos usar o dar la información del paciente sin su permiso en las siguientes circunstancias:

- Cuando es ordenado por la corte o un juez.
- Para evitar una amenaza seria sobre la salud del paciente, su seguridad o la de otros.

d. Otros usos de la información de salud del paciente que requieren su permiso por escrito:

Con las excepciones que se han mencionado antes, utilizaremos o permitiremos el acceso a la información de salud del paciente solo mediante su permiso escrito como forma de autorización. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento notificándolos por escrito su deseo de hacerlo.

III. Sus derechos con respecto a la información de salud del paciente.

Sujeto a ciertos limites legales, Usted tiene derechos sobre el uso de la información de salud del paciente, incluyendo los derechos de:

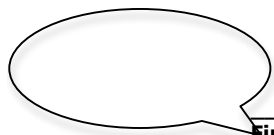
- Solicitar limites en el uso de dicha información
- Recibir la información de salud del paciente de manera confidencial
- Revisar y copiar la información de salud del paciente
- Solicitar algún cambio en dicha información
- Recibir un informe de como hemos utilizado y si hemos permitido el acceso a la información de salud del paciente
- Obtener una copia de este documento de notificación de practicas de privacidad

IV. Preguntas, preocupaciones o cambios a esta notificación

Si Usted considera que los derechos de privacidad de su hijo(a) han sido violados, puede presentar una queja formal en nuestra clínica o ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No tomaremos ninguna represaría en contra por presentar una queja formal.

Las políticas y practicas de privacidad pueden cambiar en el futuro. Tales cambios deberán aplicarse a cualquier información sobre la salud del paciente que sea generada o recibida antes de la fecha efectiva del cambio. Cualquier cambio en nuestras políticas y practicas de privacidad será anunciado y pondremos a su disposición la nueva Notificación de Practicas de Privacidad en el RFSHC.

La firma debajo es solamente un reconocimiento que Usted ha recibido este documento de Notificación de Practicas de Privacidad.



Firma del padre/tutor

Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

Fecha (día/mes/año)

Apellido del Alumno(a): _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
 (Escriba el nombre del alumno(a))

Intercambio Electrónico de Información de Salud (HIE) - Notificación de Normas de Privacidad

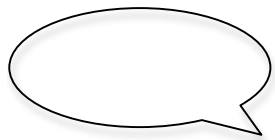
ROARING FORK SCHOOL HEALTH CENTERS (RFSHC) utiliza Quality Health Network (QHN) para la transmisión electrónica y segura de la información de salud de hijo(a) (“paciente”) a los proveedores médicos que lo/la están tratando. Todos los participantes en el sistema de QHN están legalmente obligados a respetar y aplicar la Ley de Privacidad HIPAA y otras leyes y regulaciones aplicables. Al participar en el sistema de QHN, RFSHC esta en la capacidad de proporcionar información oportuna al equipo de proveedores médicos que asisten al paciente y que participan en QHN.

Adicionalmente al envío electrónico de la información de salud del paciente a los proveedores médicos involucrados en su cuidado y que participan en QHN, el sistema de QHN reúne los archivos médicos que el paciente tiene con todos los proveedores médicos que le han prestado servicios. Estos archivos médicos son integrados en un reporte que permite tener un mejor y mas completo entendimiento del historial medico del paciente, llamado “Patient Summary”. Los proveedores médicos involucrados en el cuidado del paciente pueden tener acceso a este reporte con el fin de entender mejor el historial medico del paciente y poder darle un mejor cuidado.

Como padre o tutor, Usted tiene el derecho de prevenir que dichos proveedores médicos usen QHN para buscar y ver el archivo medico de su hijo(a) en el reporte “Patient Summary”. Si Usted decide no autorizar este acceso, Usted entiende lo siguiente: (1) que los proveedores médicos de su hijo(a) **NO** podrán ver el historial medico del paciente compilado en el reporte “Patient Summary”, incluso en casos de emergencia. Y (2) que aun así, los proveedores médicos de su hijo(a) podrán compartir electrónicamente información necesaria para proveer tratamientos médicos permitidos bajo la Ley de Privacidad HIPAA.

_____ NO AUTORIZO que RFSHC utilice QHN para buscar y ver el archivo medico de mi
 Iniciales hijo/a sin mi autorización previa.

La firma debajo es solamente un reconocimiento que Usted ha recibido este documento de Notificación de Practicas de Privacidad.



Firma del padre/tutor

Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

Fecha (día/mes/año)