



Estimado Padre/Tutor Legal-

La escuela de su hijo y el Centro de Salud Shalom han unido fuerzas para operar una clínica de salud escolar, proporcionando acceso a servicios de salud de calidad para estudiantes. Nuestro objetivo es ayudar a su familia por proveer servicios médicos para su hijo mientras está en la escuela, asistir al médico de su hijo con sus necesidades de atención médica, y brindar acceso a la atención sanitaria para aquellos que no tienen ningún servicio de salud.

El personal de la clínica consiste de RNs, LPNs or una enfermera pediátrica practicante y un asistente medico (en ciertas clínicas). Una enfermera practicante es una enfermera de práctica avanzada con una maestría o título superior quien ha sido entrenado a diagnosticar y tratar.

Ejemplos de servicios provistos:

- Primeros auxilios para enfermedades agudos o heridas
- Diagnóstico y tratamiento de infecciones (infecciones de oído, faringitis estreptocócica, conjuntivitis, etc.) solamente en clínicas de una enfermera practicante
- Asistencia en el manejo de enfermedades crónicas (asma, TDAH, trastornos convulsivos, diabetes, etc.)
- Asesoramiento de salud personal
- Inmunizaciones (solamente en ciertas clínicas)
- Físicos para deportes y campamento
- Referencias a otros servicios médicos y sociales como sea necesario

Nuestros servicios no son diseñados para reemplazar su médico cabecero. Nuestra intención es expandir acceso a cuidado médico a través de colabora con familias y sus proveedores médicos para ofrecer cuidado de salud de calidad en un ambiente escolar.

Servicios no ofrecidos incluyen:

- Tratamiento de problemas complejos médicos o de salud mental
- Radiografías o hospitalizaciones
- Métodos de planificación u otros tipos de anticonceptivos

De acuerdo con la ley del estado de Indiana, todas familias deseando recibir servicios de salud de las clínicas escolares de Shalom **deben firmar una forma de consentimiento para tratamiento.** También les pedimos que llenen una breve forma de historial médico para proveer a las enfermeras practicantes con información médica actualizada de su hijo. Cualquier información dada permanecerá confidencial como parte del expediente médico de su hijo.

Este programa es suministrado **sin costo** a usted o su familia. Shalom facturará y recaudará de Medicaid (Hoosier Healthwise) y otros seguros médicos terceros que pueda tener su hijo.

Gracias por su cooperación y que por permitirnos a participar en las necesidades de atención médica de su hijo.



## Resumen de Prácticas de Privacidad

Este documento describe en forma resumida como nosotros podemos usar y compartir información sobre usted, al igual que como usted puede ver y obtener copias de esta misma información. El aviso completo de Prácticas de Privacidad estará disponible en nuestra página electrónica [www.shalomhealthcenter.org](http://www.shalomhealthcenter.org) así como también en cada una de nuestras clínicas.

### **Podríamos usar y compartir su información para los siguientes propósitos:**

**Tratamiento** – cuando el personal clínico y los asistentes médicos discutan su cuidado médico.

**Forma de Pago** – cuando le cobremos a su compañía de seguro médico por los servicios proveídos.

**Operaciones** – cuando trabajamos para mejorar la calidad del cuidado de su salud que le estamos brindando; cuando damos información acerca de los diferentes servicios que proveemos; o cuando contactamos pacientes para ciertas actividades de recaudación de fondos.

**Otras formas** – como cuando, por requerimientos de la ley, enviamos reportes de enfermedades al condado y a los oficiales de salud del estado; cuando compartimos información para la protección y seguridad de la salud de usted y de otros; o cuando respondemos a exigencias de la corte. Nosotros también podríamos enviarle recordatorios de sus citas, cartas con sus resultados e información en general.

**Excepción** – Reglas diferentes podrían aplicar a tratamiento de enfermedades mentales, de dependencia de drogas y alcohol, y de SIDA/VIH.

Usaremos y compartiremos su información de salud para otros propósitos no listados anteriormente solamente con un permiso específico especial que usted nos otorgue en forma escrita o cuando sea requerido por la ley.

### **Acerca de su información, usted tiene derecho a:**

- Solicitar restricciones en la forma que usamos y compartimos su información. Shalom no está requerido a ceder a las restricciones solicitadas, pero le notificaremos si nosotros no podemos acomodar su solicitud.
- Obtener y revisar una copia de su historial médico.
- Solicitar que le corrijan información incorrecta o incompleta en su historial médico.
- Solicitar que le contactemos por correo o por teléfono a una dirección o teléfono alterno.
- Revocar su autorización para que su información pueda ser utilizada en formas diferentes a las arriba indicadas.
- Recibir una lista de las veces que hemos compartido su información. Esta lista sólo contendrá los fechas que la ley nos obliga a registrar.

### **Cambios:**

A medida que servimos a nuestros pacientes, nosotros en Shalom podemos cambiar el manejo de su información. Si nosotros hacemos un cambio, le daremos una nueva notificación en su próxima visita. Usted puede llamar y/o escribir una carta para revisar si hemos hecho algún cambio.

### **Quejas**

Si usted cree que su privacidad ha sido violada, usted puede presentar su queja al Oficial de Privacidad en Shalom Health Care Center, Inc. Usted también puede quejarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). Su cuidado no será afectado si usted hace una queja.

### **Por favor refiera sus preguntas o quejas a:**

Oficial de Privacidad de Shalom  
3400 Lafayette Suite 200  
Indianapolis IN 46222  
(317) 291-7422



## Consentimiento para Servicio de Salud Escolar

proporcionado por Shalom Health Care Center, Inc.

Doy permiso a (nombre completo del estudiante): \_\_\_\_\_

**Apellido**

**Nombre**

**Inicial**

para que reciba los servicios de salud ofrecidos, en la clínica escolar de mi hijo(a). Comprendo que la clínica no puede encargarse de todas las necesidades de salud que mi hijo(a) pueda tener. Comprendo, que la clínica de la escuela no sustituye el cuidado primario de un Médico.

**I. He leído la información sobre la clínica escolar y entiendo cuáles son los servicios que la clínica ofrece y los que no ofrece. **Doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios de la clínica.**** Si cambio de idea, tengo que escribir una carta a la clínica que indique este deseo. Será mi responsabilidad notificar al personal de la clínica si haya algún cambio en la guardia de mi hijo(a) o en la dirección o número de teléfono.

**II. Información de Privacidad:** Hemos preparado un AVISO detallado DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD para ayudarle a entender nuestras normas relativas a la información de la salud protegida de su hijo(a). Usted tiene el derecho de leer este aviso antes de firmar. Por favor note que los términos de esta notificación pueden cambiar con el tiempo. Esta misma notificación estará disponible en nuestras facilidades, y en nuestro página electrónica así como en cada una de nuestras clínicas.

**III. Difusión de Información:** Yo entiendo que los servicios proveídos por Shalom Health Care Center, Inc. son **confidenciales.** La clínica usará y compartirá la información de la salud de mi hijo(a) para proveer tratamiento, y para mejorar la calidad de los servicios de salud. Existe la posibilidad que cierta información sobre mi hijo(a) tenga que ser compartida con la oficina escolar de salud, con el médico/a o clínica; el personal apropiado de la escuela o con la organización de seguro médico de mi hijo(a) para propósitos legítimos. Yo autorizo que esta información sea compartida con otros médicos u otros proveedores de salud que puedan tener a mi hijo(a) como paciente. También doy permiso que usen la información sobre la salud de mi hijo(a) para el cuidado médico, tratamiento, y evaluaciones. Además, doy permiso al personal de la clínica para ver el expediente escolar completo de mi hijo(a), incluyendo el registro de salud y vacunas.

\_\_\_\_\_ (Iniciales de los Padres) Yo reconozco que he recibido una copia de LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD de **Shalom Health Care Center, Inc.**

**Firma de los Padres/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Alumno** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**SERVICIOS DE SALUD NO SERAN PROVEIDOS SIN EL PERMISO DE LOS PADRES O GUARDIAN DEL ESTUDIANTE, TAL COMO LA LEY DEL ESTADO DE INDIANA LO REQUIERE.**



**FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD-INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre Completo del Estudiante: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Doctor: \_\_\_\_\_

Dirección del Estudiante: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

**Medicamento(s) Actual(s):** \_\_\_\_\_

**Alergias** (comida, medicamento, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alergias-Temporales			Diabetes			Períodos Dolorosos		
Asma			Desmayos			Incautación		
Orinarse en la Cama			Dolores de Cabeza / Migrañas			Anemia de Células Falsiformes		
Defectos de Nacimiento			Problemas de Audición (audífonos ó aparatos)			Trastorno de la Piel		
Infecciones de la Vejiga			Enfermedades del Corazón			Problemas de Visión (lentes ó contactos)		
Trastorno de la Sangre			Soplo Cardíaco			Otro (specifique):		
Cancer / Leucemia			Enfermedades del Riñón					

Porfavor explique las áreas de arriba que marco **Sí** \_\_\_\_\_

**Condiciones de Salud Mental** (ADHD/Autismo/Trastorno de Alimentación/Depresión etc.)

Si contesto **Sí**, ve a un especialista de salud mental? \_\_\_\_\_

**Hospitalizaciones/Cirugías** \_\_\_\_\_

**Otra Información Importante de Salud** \_\_\_\_\_

**Nombres y Números de Teléfono en caso de necesidad de contacto:**

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_ Alternativo: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_ Alternativo: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono # \_\_\_\_\_ Alternativo: \_\_\_\_\_

Ingreso total de su familia antes de impuesto: \_\_\_\_\_ Semanal  Cada dos semanas  Mensual  Anual

¿Cuántas personas mantiene Ud. con su ingreso? \_\_\_\_\_ ¿Califica su niño para el programa del almuerzo gratis? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro médico tiene su niño? \_\_\_\_\_

Hoosier Healthwise? Hoosier Healthwise #: \_\_\_\_\_

Advantage? Advantage #: \_\_\_\_\_

Médico privado? Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_ Miembro #: \_\_\_\_\_

**\*\* Compartiendo esta información permitirá la continuación de clínicas basadas en las escuelas para el mejor cuidado de su niño. ¡Gracias!\*\***

**\*\*\*Las Clinicas Escolares de Shalom, tienen medicamentos sin receta (e.g. tylenol, ibuprofen, mentas para la tos, crema hydrocortisona, ect.) que puede ponerse a disposición de su hijo(a) dependiendo de sus síntomas. Si usted NO desea que la clínica proporcione a su hijo(a) culaquier medicamento escriba su iniciales aquí:**

Yo **NO** le permito a el personal de la Clinica Escolar de Shalom a proporsionar medicamento sin receta a mi hijo(a) \_\_\_\_\_