



(815)490-1600



(815)490-1600



(815)209-9642



Comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo(a)

Crusader Comunidad de Salud- Campus de Auburn

Un Centro de Salud de Base Escolar

Crusader Comunidad de Salud, en colaboración con RPS 205, les agrada ofrecer servicios de salud a estudiantes en la localidad de la Escuela Preparatoria Auburn. Si desea que su hijo(a) reciba servicios médicos, dentales, ópticos y/o servicios de salud mental en el centro de salud, por favor complete y firme los formularios de consentimiento adjunto y devuélvalos al centro de salud o a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

El objetivo del centro de salud es mejorar la salud física y emocional de los estudiantes y enseñarles comportamientos de salud positivos para toda la vida. El centro de salud estará abierto de lunes a viernes de 8:00 am a 4:30pm.

Crusader Comunidad de Salud facturará a seguros médicos privados y a Medicaid (All Kids). Se recomienda que verifique con su compañía de seguro médico para verificar la cobertura de servicios específicos. **A ningún niño(a) se le negarán servicios debido a la inhabilidad de pagar.**

- **El Formulario de Consentimiento y Liberación:** Nos permite compartir información apropiada con RPS 205 y a transportar a su hijo(a).
- **Consentimiento para Tratamiento:** Permite que Crusader Comunidad de Salud realice los servicios necesitados por su hijo(a).
- **Formulario de Historial Médico:** Indica detalles e información que el doctor o dentista necesita saber acerca de su hijo(a).
- **Formulario de Registro:** Esta es la información personal y de facturación de su hijo(a).

Después de firmar y devolver estos formularios su hijo(a) podrá obtener los servicios proporcionados en el centro de salud, lo cual incluyen:

| Servicios Médicos | Servicios de Salud Conductual | Educación de Salud |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes físicos incluyendo de deportes y físicos escolares ▪ Inmunizaciones ▪ Diagnostico/tratamiento de enfermedades agudas y lesiones ▪ Diagnostico/manejo de condiciones crónicas ▪ Prescripción/ dispensación de medicamentos para enfermedades y trastornos comunes <ul style="list-style-type: none"> ➢ Tylenol, Advil u otros analgésicos no recetados con consentimiento de los padres ➢ Antibióticos según las indicaciones de la receta ▪ Evaluación de Riesgos Conductuales ▪ Consejería y Educación en Nutrición ▪ Servicios de Salud Reproductiva incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Consejería acerca de abstinencia ➢ Diagnostico/tratamiento de infecciones de transmisión sexual ➢ Pruebas de embarazo ➢ Consejería anticonceptiva, exámenes, prescripción ▪ Estudios básicos de laboratorio <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prueba para Estreptococo ➢ Extracción de Sangre | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intervención de crisis y vinculación a servicios apropiados de intervención de crisis si lo es necesario ▪ Servicios de Salud Conductual incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Detección de posible abuso de sustancias/ servicios de salud mental ➢ Se ofrece breve intervención para abordar preocupaciones, impartir educación y la necesidad de servicios continuos ➢ Se proporcionan referencias directas a servicios que incluyen proveedores específicos y citas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación de salud individual y orientación preventiva para estudiantes y padres ▪ Educación grupal ▪ Educación de salud para el centro de salud de base escolar y para el personal de la escuela ▪ Apoyo para la educación integral en salud dentro del salón de clase ▪ Consejería y educación acerca de nutrición |
| | | Servicios Dentales |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes/limpiezas ▪ Restauración (empastes, coronas de acero inoxidable) ▪ Extracciones ▪ Atención urgente para dolor | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exámenes, anteojos y lentes de contacto ▪ Tratamiento y manejo de enfermedades oculares ▪ Tratamiento urgente para lesiones oculares, enrojecimiento y dolor ▪ Servicios de terapia visual |

Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida

Este aviso explica cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

¡Por favor revise cuidadosamente!

Con su consentimiento, la clínica está autorizada por las leyes federales de privacidad para hacer uso y divulgar su información de salud con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La información de salud protegida es la información que creamos y obtenemos al proporcionarle nuestros servicios. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, exámenes y resultados de las pruebas, los diagnósticos, tratamiento y solicitud de atención o tratamiento futuro. También incluye documentos de facturación para tales servicios.

Ejemplo del uso de su información de salud para propósitos de tratamiento: una enfermera obtiene información de tratamiento sobre usted y la registra en un registro de salud. Durante el transcurso de su tratamiento, el médico determina la necesidad de consultar con otro especialista en el área. El médico compartirá la información con dicho especialista y obtendrá el aporte.

Ejemplo del uso de su información de salud para propósitos de pago: Presentamos una solicitud de pago a su compañía de seguro médico. La compañía de seguro médico solicita información de nosotros sobre la atención médica otorgada. Les proporcionamos información sobre usted y el cuidado otorgado.

Ejemplo del uso de su información para operaciones de atención médica: Obtenemos servicios de nuestros aseguradores u otros asociados de negocios tales como evaluación en calidad, mejoramiento de calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolos y pautas clínicas, programas de capacitación, credenciales, evaluación médica, servicios legales y seguros. Compartiremos información sobre usted con tales aseguradores u otros asociados de negocios según sea necesario para obtener estos servicios.

Sus Derechos de Información de Salud

El registro de salud que mantenemos y los registros de facturación son propiedad física de la práctica. La información en ella, sin embargo, le pertenece a usted. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud al entregar una petición por escrito a nuestra oficina. No estamos obligados a conceder la solicitud, pero cumpliremos cualquier solicitud concedida;
- Solicitar que se le permita inspeccionar y copiar su expediente de cuidado médico y registro de facturación. Usted puede ejercer este derecho mediante la entrega de una solicitud por escrito a nuestra oficina;
- Apelar una denegación de acceso a su información de salud protegida excepto en ciertas circunstancias;
- Solicitar que su expediente de cuidado médico sea enmendado para corregir información incompleta o incorrecta al entregar una petición escrita a nuestra oficina;
- Presentar una declaración de desacuerdo si su enmienda es denegada, y requerir que la solicitud de enmienda y cualquier negación se adjunten a todas las divulgaciones futuras de su información de salud protegida;
- Obtener una contabilidad de las divulgaciones de su información de la salud según requiere la ley que sea mantenida al entregar una petición escrita a nuestra oficina. Una contabilidad no incluirá los usos internos de la información para el tratamiento, pagos, o operaciones, las divulgaciones hechas a usted o hechas por su solicitud, o las divulgaciones hechas a los miembros de su familia o amigos en el curso de proveer atención;
- Solicitar que las comunicaciones de su información de salud sean hechas por medios alternativos o en un lugar alternativo mediante la entrega de una solicitud por escrito a nuestra oficina; Y
- Revocar las autorizaciones que hizo anteriormente para usar o divulgar información, con la excepción y al grado de que la información o la acción que ya se haiga tomado al entregar una revocación por escrito a nuestra oficina.

Si usted desea ejercer cualquiera de los derechos mencionados anteriormente, por favor comuníquese con Crusader Comunidad de Salud en persona o por escrito, durante horas de negocio normales. Le brindaremos ayuda sobre los pasos que seguir para ejercer sus derechos.

Nuestras Responsabilidades La Práctica es Requerida a:

- Mantener la privacidad de su información de salud según lo requiere la ley;
- Proporcionarle un aviso de nuestras obligaciones y prácticas de privacidad respecto a la información que coleccionamos y mantenemos sobre usted;
- Atenerse a los términos de este Aviso;
- Notificarle si no podemos satisfacer una restricción o solicitud solicitada; Y
- Satisfacer sus peticiones razonables respecto a métodos para comunicar información de salud con usted.

Reservamos el derecho de enmendar, cambiar o eliminar las provisiones en nuestras prácticas de privacidad y prácticas de acceso y de promulgar nuevas disposiciones con respecto a la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, enmendaremos nuestro aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia modificada del aviso al llamar y solicitar una copia de nuestro "Aviso" o al visitar nuestra oficina y recoger una copia.

Para Solicitar Información o Someter una Queja

Si tiene alguna pregunta, desea información adicional o desea reportar un problema relacionado con el manejo de su información, puede comunicarse con **Crusader Comunidad de Salud**. Además, si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por escrito en nuestra oficina al entregar la queja por escrito a **Crusader Comunidad de Salud**. También puede presentar una queja por correo o por correo electrónico a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés).

- No podemos y no le exigiremos que renuncie a su derecho de presentar una queja ante la Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) como condición para recibir tratamiento por medio de la práctica.
- No podemos, y no tomaremos represalias en contra de usted por presentar una queja ante la Secretaria.

Otras Divulgaciones y Usos

Aviso Al menos que usted se oponga, podemos usar o revelar su información de salud protegida para notificar, o asistir en notificar a un miembro de su familia, representante personal, u otra persona responsable de su cuidado, acerca de su ubicación, y acerca de su condición general, o su muerte.

Comunicación Con su Familia usando nuestro mejor juicio, podemos divulgar a un miembro de su familia, a otro familiar, a un amigo personal cercano, o a cualquier otra persona que usted identifique, la información de salud relevante a la implicación de tal persona en su cuidado o en el pago para dicho cuidado si usted no se opone o en una emergencia.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) Podemos divulgar a la FDA su información de salud protegida relacionada con eventos adversos con respecto a productos y defectos de producto, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada de productos, reparación o reemplazo de productos.

Compensación a los Trabajadores Si usted busca compensación por medio de la Compensación a los Trabajadores, podemos divulgar su información de salud protegida al grado que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas a la Compensación de Trabajadores.

Aviso de Prácticas de Privacidad para Información de Salud Protegida

Salud Pública Según lo requerido por la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a las autoridades de salud pública o a autoridades legales encargadas en la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades. **Abuso y Negligencia: Podemos divulgar su información de salud protegida a las autoridades públicas según lo permitido por la ley para reportar abuso o negligencia.** **Instituciones Correccionales:** Si usted es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar a la institución, o a sus agentes, su información de salud protegida necesaria para su salud y la salud y seguridad de otros individuos.

Fuerzas Policiales: Podemos divulgar su información de salud protegida para propósitos de cumplimiento de la ley, como lo requiere la ley, como cuando es requerido por una orden judicial, o en los casos que implican prosecución de delitos mayores, o en el caso de que un individuo este bajo la custodia policial.



Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 #ID de Estudiante: _____

Los siguientes servicios son disponibles en el Centro de Salud de Base Escolar debido a su consentimiento firmado. Por favor marque las cajas para indicar cuales servicios desea que su estudiante reciba este año escolar.

Las citas se llevan a cabo durante el día escolar. Un acompañante de parte del distrito y transportación hacia y desde la clínica serán proveídos para los estudiantes, si es necesario. Los padres son bienvenidos, pero no son requeridos a asistir.

- 1. Examen físico/físico de deportes/inmunizaciones requeridas por la ley estatal (estudios sanguíneos pueden ser parte de estos exámenes).
- 2. Inmunizaciones altamente recomendadas por la Academia Americana de Pediatría:
 - VPH [Virus del Papiloma Humano] Hepatitis A Influenza Ninguna
(Edad de 11 años en adelante)
- 3. Examen Dental
- 4. Examen de la vista/anteojos si son necesarios
- 5. Nutricionista
- 6. Ninguno

¿Actualmente tiene un Proveedor Medico/Doctor? Nombre _____

X _____
Firma de Padre/Tutor(a)

X _____
Fecha

*Los físicos son requeridos para todos los estudiantes ingresando a pre-escolar, kínder, 6to, y 9no grado antes del primer día de escuela. Documentación de inmunizaciones básicas es requerida con todos los físicos escolares. Los exámenes de salud bucal son requeridos para todos los niños en kínder, 2do, y 6to grado antes del 15 de mayo del año escolar. Todos los niños inscribiéndose por primera vez en una escuela pública, privada, o parroquial son requeridos a realizarse un examen de la vista antes del primer día de escuela.

Nombre de Estudiante _____

Fecha de Nacimiento _____

#ID de Estudiante: _____

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACION DE INFORMACION,
CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD, ASIGNACION DE BENEFICIOS,
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y TRANSPORTE**

Crusader Comunidad de Salud (Organización de Servicios) se ha asociado con las escuelas públicas de Rockford, distrito no. 205 para proporcionar servicios médicos, dentales, ópticos y de salud mental a los estudiantes del distrito 205. Entiendo que estoy proporcionando este Consentimiento con el propósito de obtener servicios profesionales para mi hijo(a) indicado a continuación y para los otros propósitos descritos en este consentimiento. Además, entiendo que este consentimiento cubre los servicios médicos, dentales, ópticos y de salud mental proporcionados por las organizaciones de servicios.

Reconocimiento para Divulgación de Información

- Al firmar este consentimiento, autorizo a las organizaciones de servicios, a sus proveedores de servicios individuales, a sus supervisores y al distrito no. 205 a intercambiar y discutir la información apropiada para facilitar el tratamiento de mi hijo(a).
- También autorizo a las organizaciones de servicio a que se comuniquen con el proveedor de atención primaria y/o el dentista regular de mi hijo(a).

Consentimiento de Emergencia/ Cambios en el Estado de Salud o Custodia

- Entiendo que como condición de este consentimiento, si alguna de las organizaciones de servicios juzgan que mi hijo(a) sea un grave peligro hacia sí mismo(a) o para otros, entonces la organización(es) de servicio reservan el derecho de informar a un médico, otros que pueden estar en riesgo, designados contactos de emergencia y a los servicios de emergencia apropiados. Además, estoy de acuerdo en informar de inmediato al personal del Centro de Salud de Base Escolar por escrito de **1)** cualquier cambio en la salud física o médica de mi hijo(a) y **2)** cualquier cambio en la custodia o tutela de mi hijo(a) que afecte mi capacidad de proporcionar este Consentimiento en nombre de mi hijo(a).

Confidencialidad y Privacidad

- Entiendo que las Organizaciones de Servicio protegerán la privacidad de los expedientes de salud y educación de mi hijo(a) hasta el grado que exige la ley federal y estatal. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento (con la excepción y al grado que cualquiera de las Organizaciones de Servicio ya haiga tomado medidas basadas en mi consentimiento previo) si hago una declaración por escrito revocando la autorización y la entrego a: *Crusader Community Health-Auburn Campus 1002 N. Pierpont Ave. Rockford, IL 61101*

Asignación de Beneficios

- Por este medio asigno a las Organizaciones de Servicios cualquier y todos los pagos a los cuales tengo derecho bajo Medicaid o cualquier póliza de seguro médico para atención médica o servicios de salud dental brindados a mi hijo(a) por cualquier Organización de Servicio, siempre y cuando los cargos por servicios mediante las Organizaciones de Servicios no excedan los cargos regulares de la Organización de Servicios. Además autorizo a cada Organización de Servicio a facturar y recibir pagos directamente de Medicaid o de mi(s) compañía(s) de seguro por los servicios que la Organización de Servicios brindo y para los cuales yo pueda tener derecho bajo cobertura de seguro. También autorizo a cada Organización de Servicio a que dé a Medicaid o a mi compañía(s) de seguro médico cualquier información necesaria para propósitos de facturación por los servicios proporcionados durante los períodos de tiempo que mi hijo(a) recibio o está recibiendo atención primaria de salud o servicios de salud dental.

Autorización para Tratamiento/Transporte

Los servicios son proporcionados por Crusader Comunidad de Salud, Rosecrance y Rockford Family Eye Care. El Distrito no. 205 transportara a estudiantes elegibles hacia y de las escuelas del Distrito no. 205 y el Centro de Salud de Base Escolar.

- Si mi hijo(a) necesita transportación como se indica a continuación, consiento que el distrito no. 205 transporte a mi hijo hacia y desde el Centro de Salud de Base Escolar para servicios, sin costo alguno para mí.
- Por este medio autorizo a la Organización de Servicios y al personal de la clínica a administrar tratamientos y procedimientos médicos, dentales, ópticos y de salud mental, incluyendo inmunizaciones, así como cualquier otro tipo de atención o tratamiento que sea indicado en situaciones urgentes o emergencias, sin la necesidad de asegurar el permiso o consentimiento mío o de mis familiares. Entiendo que el tratamiento será proporcionado a mi hijo(a) por un proveedor y a quien él o ella seleccione como asistentes, a quien él o ella llame como consultores, así como los empleados de la clínica (enfermeras, técnicos, ayudantes y otro personal de atención médica) bajo la dirección del proveedor, u otros individuos bajo la supervisión del proveedor.
- Reconozco que no se ha garantizado ni se han asegurado los resultados que pueden obtenerse de dicho tratamiento médico/odontológico.
- Autorizo a la Organización de Servicio y a su personal a que divulguen información de inmunización a ICARE para el propósito de completar el registro y rastreo de la comunidad/condado.
- He leído el material anterior y entiendo su significado. Mi firma a continuación indica mi autorización para que mi hijo(a) participe en el viaje/actividad de estudiante tal como está descrito anteriormente así como mi acuerdo a los términos establecidos anteriormente. Mi firma también indica que he leído y apruebo la autorización de tratamiento médico.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____



Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #ID de Estudiante: _____

Doctor Medico: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de última consulta médica: _____ Última Cita Dental: _____ Último Examen de la Vista: _____

¿Actualmente está bajo el cuidado de un Médico? Sí No Razón: _____

¿Actualmente toma medicamentos? Sí No Si indico que Sí, escriba los medicamentos:

a) _____ Razón: _____ c) _____ Razón: _____

b) _____ Razón: _____ d) _____ Razón: _____

¿Tiene alergias a... látex? Sí No penicilina? Sí No algún otro medicamento? Sí No

Por favor indique: _____

MUJERES: ¿Esta embarazada? Sí No Si indico Sí, cuantos meses tiene? _____

¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No

Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones médicas: Sí No Comentarios

| | | | |
|--|--|--|--|
| TDA –Trastorno de Déficit de Atención (<i>ADD por sus siglas en inglés</i>) | | | |
| TDAH- Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (<i>ADHD por sus siglas en inglés</i>) | | | |
| Ansiedad o depresión | | | |
| Asma o Silbido | | | |
| Sangrado o problemas/enfermes de coagulación de la sangre | | | |
| Defectos de nacimiento, o defectos genéticos | | | |
| Cáncer, leucemia, otro tumor | | | |
| Uso de cigarro o tabaco sin humo | | | |
| Convulsiones o Desmayos | | | |
| Retraso del desarrollo | | | |
| Diabetes (Problemas de Azúcar en la sangre) | | | |
| Dependencia a drogas y/o alcohol | | | |
| Dolores de cabeza/migrañas | | | |
| Problemas de audición | | | |
| Enfermedad del corazón, Soplo , o Cirugía cardiaca | | | |
| Hepatitis u otras problemas del hígado | | | |
| VIH y/o SIDA | | | |
| Problemas del Riñón | | | |
| Retraso mental o retraso del desarrollo | | | |
| Recibido tratamiento de esteroides | | | |
| Anemia de Células falciformes o rasgos | | | |
| Problema del Tiroides | | | |
| Tuberculosis | | | |
| Otro que no fue indicado | | | |

Por favor marque la condición óptica que su hijo(a) tiene:

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Cirugía Ocular | <input type="checkbox"/> Degeneración macular |
| <input type="checkbox"/> Catarata | | | |

Otras condiciones no indicadas: _____

Certifico que he leído y entendido las preguntas anteriores. Según mi conocimiento y entiendo que la información anterior es correcta. No hare responsable a Crusader Comunidad de Salud, al médico/dentista rindiendo el tratamiento ni a ningún miembro del personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de mi hijo(a) médico y dental cuando haiga un cambio en la condición médica de mi hijo(a), o cuando haiga un cabio en las respuestas de las preguntas anteriores.

PERSONA COMPLETANDO ESTE FORMULARIO: _____ FIRMA: _____

RELACION AL PACIENT: _____ FECHA: _____

Numero de Contacto: _____ ¿Es usted legalmente responsable por este niño(a)? Sí No



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GENERO: _____
 ESCUELA: _____ GRADO: _____ #ID DE ESTUDIANTE: _____
 # SEGURO SOCIAL : _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ RELACION: _____
 DIRECCION: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
 TELEFONO DEL HOGAR: _____ TELEFONO DE CELULAR: _____
 TELEFONO DEL TRABAJO: _____ ¿LE PODEMOS MARCAR AL TRABAJO? S / N
 EMAIL: _____
 ¿MEJOR MANERA DE COMUNICARNOS CON USTED? MARQUE TODOS LOS QUE APLICAN: CASA _____ CELULAR _____
 TRABAJO _____ EMAIL _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

¿TIENE MEDICAID/ALL KIDS? S / N
 #ID DEL BENEFICIARIO _____
 ¿TIENE SEGURO MEDICO PARTICULAR? S / N
 NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO _____ MEDICO / DENTAL / VISION
 NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO (TITULAR DE LA POLIZA) _____
 POLIZA O # DE ID _____ # DEL GRUPO _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____
 RELACION AL PACIENTE: _____
 DIRECCION: _____
 TELEFONO: _____

INFORMACIÓN GENERAL

IDIOMA PRINCIPAL:
 INGLES _____ ESPAÑOL _____ OTRO _____
 ORIGEN ETNICO:
 HISPANO O LATINO _____ NO HISPANO O LATINO _____
 RAZA: ¿QUAL CATEGORIA MEJOR DESCRIBE SU RAZA?
 _____ NATIVO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA _____ ASIATICO _____ NATIVO DE HAWAI U OTRA ISLA DEL PACIFICO
 _____ CAUCASEO/BLANCO _____ AFRO- AMERICANO _____ HISPANO _____ OTRA RAZA _____