



Estimado padre, madre o tutor:

El Centro de Bienestar de Sussex Vocational Technical High School desea **invitar** a su estudiante de preparatoria a hacerse miembro del centro de bienestar. En el centro de **bienestar**, los estudiantes pueden recibir tratamiento de lesiones y afecciones leves, y **vacunas** contra la gripe y otras enfermedades, además de exámenes físicos para deportes.

También ofrecemos servicios de salud mental y emocional. Brindamos **ayuda** a estudiantes que están pasando por situaciones de estrés en sus vidas, tienen problemas en **casa** o se sienten tristes o angustiados.

Contamos con un nutricionista que brinda servicios de nutrición y bienestar, **y atiende** consultas por cuestiones de peso y desempeño deportivo.

Todos los estudiantes pueden acceder a estos servicios **independientemente de** su cobertura médica. Complete los formularios adjuntos y entréguelos en el Centro de **Bienestar**. Si tiene preguntas o desea programar una cita, llame al (302) 271-2522. Podemos **ayudar**.

Atentamente,

Centro de Bienestar de Beebe en Sussex Tech
17099 County Seat Hwy
Georgetown, DE 19947
Teléfono: 302-271-2522
Fax: 302-856-6359

Escuela secundaria Vo-Técnica de Sussex el centro de bienestar Formulario de registro de pacientes *Si el Cuadra no te Aplica, pon N/A

Información del Paciente					Por Favor Imprima	
Fecha de hoy:		Proveedor de Athenian Primaria:				
Apellido del Paciente:		Primera:	Medio:	Hombre	Hembra	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Raza (por favor marquen todo lo que apliquen): Caucásico/Blanco Mereno/Africano Americano Ssiático/Nativo Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska			Etnicidad (favor de circular): Hispano/Latino árabe no Hispano/latino/Árabe			
Dirección:			# Teléfono:			
Número de Seguro Social:			Fecha de Nacimiento:			
Información para Padres/Tutores Legales						
Nombre Legal Completo de la Madre:			Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:			# Teléfono de Casa:			
Nombre y Dirección del Empleador:			# Número de Teléfono del Empleador:			
Nombre Legal Completo del Padre:			Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:			# Teléfono de Casa:			
Nombre y Dirección del Empleador:			# Número de Teléfono del Empleador:			
Nombre del Guardián legal (si no es su Madre o Padre):			Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:		
Dirección:			# Teléfono de Casa:			
Nombre y Dirección del Empleador:			# Número de Teléfono del Empleador:			
Información del Seguro						
# Medicaid:		Nombre del plan de salud de Medicaid:				
¿Medicaid es su único Seguro? Sí No		Si Medicaid no es su único Seguro, o no tiene Medicaid, por favor Enumere su Información a continuación.				
Nombre del Seguro Primario:				Nombre del Suscriptor:		
# Grupo:	Suscriptor DOB:		# Política:			
Relación del Paciente con el Suscriptor	Auto	Cónyuge	Niño	Otros		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nombre del Seguro Secundario:			Nombre del Suscriptor:			
# Grupo:	Suscriptor DOB:		# Política:			
Relación del Paciente con el Suscriptor	Auto	Cónyuge	Niño	Otros		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
En caso de Contacto de Emergencia:		Relación con el Paciente:		# Teléfono:		
¿está el Paciente Empleado? Sí No	Ingreso Anual del Paciente		Ingreso Anual del Hogar:		# de Familiares en el Hogar:	
Firma del Padre/Guardián Legal					Fecha:	

CENTRO DE BIENESTAR BASADO EN LA ESCUELA SECUNDARIA SUSSEX VO-TECHINAL

CONSENTIMIENTO DE PADRES/ESTUDIANTE PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, doy mi consentimiento para _____
(Padre/Tutor legal del Estudiante) (Nombre del Estudiante)

para recibir servicios de salud en el Centro de Bienestar de la Escuela Secundaria de Sussex Vo-Tecnica administrado by: Beebe Medical Center número de teléfono (302) 271-2522.

MENÚ DE SERVICIOS

SALUD FÍSICA

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores con derivación para el tratamiento de enfermedades crónicas y lesiones graves (puede incluir un análisis de orina, cultivo de garganta, exámenes de sangre limitados, administración de medicamentos sin receta y / o suministro de medicamentos recetados)
- Exámenes físicos, incluidos exámenes físicos de deportes / empleo
- Vacunas de acuerdo con la División de Salud Pública
- Coordinación de servicios con el Proveedor de Atención Primaria de Salud del alumno
- Referencia de un estudiante que no tiene un proveedor de atención primaria a un médico
- Servicios de Nutrición y referencias

ASESORAMIENTO

- Asesoramiento Individual
- Asesoramiento Grupal
- Asesoramiento Familia
- Asesoramiento y referencias sobre abuso de drogas, alcohol y otras sustancias
- Referencias para asesoramiento a largo plazo u otras evaluaciones

EDUCACIÓN

- Programas individuales y grupales concentrándose en opciones de vida saludable

SERVICIOS CONFIDENCIALES

- Prueba de embarazo
- Diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual
- Asesoramiento y pruebas del VIH
- Anticonceptivos

EL CENTRO DE BIENESTAR NO PROPORCIONA LOS SIGUIENTES SERVICIOS

- Tratamiento o prueba de afecciones médicas o psiquiátricas complejas
- Tratamiento primario en curso de enfermedades médicas crónicas
- Pruebas de laboratorio complejas
- Hospitalización
- Rayos X

Con mi firma abajo, acepto, como padre o guardián legal del estudiante mencionado anteriormente, que él / ella puede recibir los servicios en el Centro de Bienestar Escolar (el "Centro de Bienestar"). Entiendo que el Centro de Bienestar brinda atención médica para enfermedades menores, servicios de salud mental y educación para la

Este Centro de Bienestar ofrece un servicio confidencial. Entiendo que si doy mi consentimiento para que mi hijo / hija reciba servicios en el servicio de El Centro de Bienestar, entonces, por ley estatal, también entiendo que:

- No tengo derecho a información sobre servicios confidenciales proporcionados a mi hijo / a, a menos que mi hijo / a dé permiso al Centro de Bienestar para compartir esa información conmigo.
- De acuerdo con la ley estatal, el proveedor de atención médica puede, en el "ejercicio exclusivo de su discreción", proporcionar o retener información, teniendo en cuenta los intereses del menor.
- Mi hijo / hija puede consentir a servicios confidenciales sin mi permiso

Es la filosofía del Centro de Bienestar que los padres / tutores deben participar en la atención de sus hijos. Por lo tanto, el Centro de Bienestar fomenta fuertemente la comunicación y la participación entre los estudiantes, padres y proveedores médicos. Tengo derecho a saber sobre la atención médica que recibe mi hijo / a por todos los servicios que no se consideran confidenciales según la ley.

Los Centros de Bienestar escolar se financian a través de fondos estatales y el reembolso del seguro para los estudiantes que tienen seguro. Si mi hijo / hija tiene seguro, proporcionaré esta información al Centro de Bienestar. Entiendo que aunque el Centro de Bienestar no cobrará un copago o deducible, el Centro puede facturarle a mi seguro los servicios cubiertos. Entiendo que mi hijo / hija puede recibir servicios en el Centro de Bienestar independientemente de su capacidad de pago.

La División de Salud Pública (DPH) retiene la autoridad administrativa para los Centros de Bienestar Escolar. Los miembros designados del Equipo de bienestar están obligados por ley a divulgar información específica del paciente al DPH con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, vigilancia o discapacidad en Delaware y en los EE. UU. La información que se informará incluye: datos de laboratorio, nacimientos, muertes, reacciones adversas a los medicamentos, abuso o negligencia infantil y violencia doméstica. Se puede enviar otra información general al DPH para el seguimiento estadístico, pero esta información se des-identificará durante el análisis, lo que significa que se eliminará el nombre de mi hijo / hija. La información sobre los servicios se puede compartir con mi compañía de seguro de salud para mejorar la

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción con base en este consentimiento. Cualquier solicitud de revocación debe ser por escrito y enviada al Centro de Bienestar.

Mi hijo / hija y yo hemos leído este formulario cuidadosamente y entiendo que si tengo alguna pregunta, puedo llamar al coordinador del centro de bienestar para obtener más información antes de firmar esta autorización.

Firma del padre / Tutor Legal

Fecha

Imprimir el Nombre del Padre / Tutor Legal

Firma del Estudiante

Fecha

Imprimir el Nombre del Estudiante

Dirección

Ciudad (*): Estado (*): Código postal

**EL CENTRO DE BIENESTAR RAVEN
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD**

Se necesita un historial de salud completo y preciso para que el personal brinde atención **médica** de alta calidad. No se proporcionarán servicios a menos que se complete este formulario.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono # _____
 Dirección: _____ Hombre ____ Mujer ____ Grado ____ Edad ____
 _____ Número de seguridad social _____

Códigos de carrera: (marque con un círculo el que corresponda)

I = Indio americano / Nativo de Alaska B = Negro / Afroamericano A = Asiático W = Blanco
 N = Hawaiano nativo / Otra isla del Pacífico O = Otro M = Mixto

Códigos de etnicidad: (marque con un círculo el código apropiado)

Hispanoamericano Indígena / Nativo de Alaska Hispano Negro / Afroamericano Hispano Asiático
 Hispano blanco hispano nativo hawaiano / isleño del pacífico

¿Quién vive en casa (padre, madre, hermana, hermano) y cuántos años tienen?

Persona	Edad	Persona	Edad
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Es la dirección que proporcionó anteriormente: Institución de refugio permanente inestable / temporal

Familia de acogida de crianza temporal Otro

¿Estará su hijo / hija participando en el Programa Estatal de Almuerzos Escolares Subsidiados este año? Si no ____

¿Su hijo / hija está matriculado en cursos de educación especial? Si no ____

¿Alguno de los miembros de la familia (padres, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos) tiene alguno de los siguientes problemas o los han tenido en el pasado? En caso afirmativo, indique qué miembro (s) de la familia está próximo a una enfermedad apropiada:

_____ Presión arterial alta	_____ Diabetes (azúcar)	_____ Accidente cerebrovascular
_____ Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco	_____ Enfermedad tiroidea	_____ Asma
_____ Enfermedad renal	_____ Célula falciforme	_____ Tuberculosis
_____ Alto colesterol	_____ Enfermedad mental	_____ Cáncer _____

(Tipo o Sitio)

Marque (✓) cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas que su adolescente tenga o haya tenido en el pasado.

Indique con P = Pasado o C = Actual

_____ Asma	_____ Anemia	_____ Cambios en la alimentación
_____ Desorden de tiroides	_____ Infecciones de oído	_____ Higiene personal
_____ Anemia falciforme	_____ Enfermedad renal	_____ Problemas menstruales
_____ Problemas de Corazón	_____ Colitis / problemas estomacales	_____ Aparece Retirada
_____ Ulceras	_____ Resfriados frecuentes	_____ Smokes \ Chews Tabaco
_____ Hacer hechizos	_____ Tuberculosis	_____ Ira frecuente
_____ Diabetes	_____ Hemofilia	_____ Suicidio inducido
_____ Lesión de cabeza/Dolores de cabeza	_____ Poca de pollo	_____ Cambiar en amigos
_____ Convulsiones	_____ Presión arterial alta	_____ Problema de sueño
_____ Paperas	_____ Artritis	_____ Comer el problema
_____ Mecesles	_____ Problemas de piel	_____ Droga \ Alcohol

EL CENTRO DE BIENESTAR RAVEN
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

¿Cuándo fue el último refuerzo de tétanos de su hijo o hija? _____ ¿Refuerzo Incremento de sarampión (MMR)? _____ (Mes / Año) (Mes / Año)

¿Cuándo fue la Hepatitis B # 1 de su hijo _____ Hepatitis B # 2 _____ Hepatitis B # 3 _____
(Mes / Año) (Mes / Año) (Mes / Año)

Por favor, enumere las ALERGIAS que su hijo o hija tiene _____

Indique cualquier MEDICAMENTO que tome su hijo o hija _____

¿Quién es el médico de atención primaria de su hijo? _____
Nombre Dirección Número de teléfono

¿Última visita? _____

¿Quién es el dentista de tu adolescente? _____
Nombre Dirección Número de teléfono

¿Cuándo fue su última visita? _____

Indique su farmacia preferida _____
Nombre Ubicación Número de teléfono

Fecha del último examen físico del adolescente: _____

Madres solamente: ¿Tomó algún otro medicamento además de vitaminas o hierro cuando estaba embarazada de este hijo o hija?

Si es así, enumere _____

La información médica anterior es precisa y completa.

Firma del Padre / Tutor Legal Fecha



CENTROS DE SALUD DE LA ESCUELA SECUNDARIA (BIENESTAR)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO

A partir del 14 de abril de 2003, el Centro de Bienestar debe cumplir con las Reglas de Privacidad detalladas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPPA"). Por ley, debemos proporcionarle una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro de bienestar. La Notificación describe cómo el Centro de Bienestar puede usar y divulgar información de salud sobre el estudiante. También explica cómo puede obtener acceso a esta información.

El Centro de Bienestar se compromete a tomar medidas de acuerdo con la ley aplicable para proteger su privacidad y confidencialidad. Queremos que sepa que podemos usar su información de salud para fines de su tratamiento, para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos y para los fines de las operaciones del Centro de bienestar. Para obtener más información sobre cómo podemos usar y divulgar su información de salud, lea nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Los términos del aviso pueden cambiar. La Notificación más reciente siempre se publicará en el Centro de Bienestar. También puede comunicarse con el personal del Centro de Bienestar para obtener la copia más actualizada.

Por la presente, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del centro de bienestar Beebe Healthcare:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

O (solo se requiere una firma)

X _____ Fecha: ____ / ____ / ____
(Firma del Padre / Tutor Legal)



DELAWARE HEALTH
AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health

CENTRO DE BIENESTAR SECUNDARIA VO-TECNICA DE SUSSEX

17099 County Seat Hwy
Georgetown, DE 19947
(302) 271-2522 Teléfono
(302) 856-6359 Fax

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Beebe Healthcare, en reconocimiento de sus derechos como paciente y de su responsabilidad de brindar atención médica de calidad, afirma estos derechos para todos los pacientes y sus visitantes. Si necesita una aclaración o tiene alguna inquietud sobre sus derechos o responsabilidades, comuníquese con el Centro de Bienestar llamando al 302-271-2522.

USTED TIENE DERECHO A:

- Cuidado considerado y respetuoso;
- Satisfacer sus necesidades de comunicación, como servicios de intérpretes, documentos en letra grande, etc.
- Estar bien informado por su proveedor sobre su enfermedad, posibles tratamientos y resultados probables;
- Consienta o rechace un tratamiento, según lo permita la ley, durante su visita;
- Conocer el nombre y la función profesional de su proveedor de atención médica;
- Privacidad personal durante toda la actividad de cuidado del paciente y cuando se solicite;
- Recibir atención en un entorno que incluye todas las formas de abuso o acoso;
- Acceder a los servicios de protección cuando sea necesario;
- Esperar que todos los registros de tratamiento y la atención médica sean confidenciales, a menos que haya dado permiso para la divulgación de información o informes requeridos por la ley;
- Revise sus registros médicos y tenga la información explicada;
- Hacer que un miembro de la familia (u otro representante) y su propio médico sean notificados con prontitud de su ingreso al hospital;
- Recibir los servicios de salud necesarios con la mejor capacidad de los centros médicos. Se puede recomendar tratamiento, derivación o transferencia. Si se recomienda o solicita una transferencia, se le informará de los riesgos, beneficios y alternativas. No será transferido hasta que la otra institución acepte su aceptación;
- Esperar una respuesta rápida a los informes de dolor;
- Conocer las reglas del Centro de Bienestar que lo afectan a usted y a su tratamiento;
- Expresar cualquier inquietud o queja con el Centro de Bienestar al (302) 271-2522;

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Las citas médicas para el Centro de Bienestar solo se pueden programar por recomendación de la Enfermera Escolar;
- Los estudiantes con citas siempre deben reportarse a la clase para asistencia, permiso del maestro y firma del maestro en el pase o libro de la agenda;
- Los estudiantes son responsables de informar al Centro de Bienestar con anticipación si necesitan cancelar una cita;
- Proporcione lo mejor que pueda, información sobre sus enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud;
- Haga preguntas cuando no comprenda información o instrucciones;
- Sea considerado con la propiedad y los derechos de otros pacientes, el personal y el Centro de Bienestar;
- Seguir las reglas y regulaciones del Centro de Bienestar desarrolladas para asegurar los derechos de todos los pacientes;
- Reconozca el efecto de sus acciones en su salud personal;
- Respetar la confidencialidad de otros pacientes;
- Informar al Centro de Bienestar tan pronto como crea que se han violado los derechos.

Hemos leído y comprendido los "Derechos a y la responsabilidad de"

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre

Fecha