



Estimados padres o tutores:

¿Sabían ustedes que sus hijos pueden obtener ATENCIÓN MÉDICA en el West Seattle Teen Health Center? El Teen Health Center está ubicado en la West Seattle High School y está operado por Neighborcare Health, una red de centros comunitarios de salud de Seattle compuesta por 17 clínicas médicas, odontológicas y escolares que atienden a más de 45,000 pacientes por año. El Teen Health Center también recibe apoyo financiero del Families and Education Levy de la Ciudad de Seattle.

El Teen Health Center, cuyo personal está compuesto por un proveedor de atención médica, un especialista en salud mental y un coordinador de la clínica, presta los mismos servicios (y otros más) que el médico de cabecera en un entorno favorable a los adolescentes. Estos servicios incluyen atención de salud mental, controles médicos, exámenes físicos de rutina, exámenes para la práctica de deportes, servicios de salud reproductiva, tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, vacunas, evaluación de la vista y la audición, referencias a los servicios dentales, análisis de laboratorio y productos farmacéuticos. También brindamos educación preventiva sobre tabaco, alcohol y uso de drogas, lesiones y violencia. Los estudiantes tienen la opción de seleccionar a Neighborcare Health como su servicio de atención médica a domicilio y acceder a servicios de atención médica adicionales, entre ellos atención odontológica.

El Teen Health Center está abierto todos los días durante y después de clases, de modo que el estudiante puede solicitar un turno que le resulte conveniente según sus horarios. Además, trabajamos en colaboración estrecha con los proveedores de otras clínicas de Neighborcare Health para que el estudiante pueda ser derivado con facilidad para un seguimiento médico u odontológico en una de las otras instituciones durante los fines de semana y las vacaciones escolares.

**Para utilizar este servicio, simplemente debe completar y firmar los formularios de inscripción, consentimiento e historial de salud y enviarlos de vuelta al Teen Health Center.**

El apoyo recibido del Families and Education Levy no cubre el costo total del Teen Health Center. Si cuenta con seguro médico, le pedimos que complete la sección correspondiente del formulario de inscripción para que podamos facturarle a su compañía de seguros. El seguro público (cupones médicos) cubre la tarifa completa por los servicios para estudiantes en el Teen Health Center. Sin embargo, es posible que las normas de las compañías de seguros privadas exijan algún pago en efectivo personal por servicios para estudiantes con cobertura de seguro privado.

Si usted no tiene ningún seguro médico, el personal del West Seattle Teen Health Center puede ayudarle a inscribirse en uno si califica. Todo lo que tiene que hacer es indicar que no tiene ningún seguro en la sección sobre seguros en el formulario de inscripción y hacer saber que le gustaría presentar una solicitud para Medicaid. El West Seattle Teen Health Center y Neighborcare Health se comprometen a prestar servicios a los estudiantes independientemente de su capacidad para pagar por ellos.

La escuela West Seattle High School tiene mucha suerte al contar con el Teen Health Center y espero que aprovechen este recurso en beneficio de sus hijos. Si desean obtener más información o necesitan ayuda para completar el papeleo, llamen por teléfono al West Seattle Teen Health Center al (206) 658-8048.

Atentamente,

Bruce Bivens, Director



Programa de centros de salud en las escuelas

Formulario de historial médico del adolescente

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha en que completó el formulario \_\_\_\_\_

Firma de la persona que completó el formulario \_\_\_\_\_

Si esta persona necesita atenderse en el West Seattle Teen Health Center LLAME POR TELÉFONO AL (206) 658-8058.

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

¿Ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones?

- Problemas de alcoholismo/drogadicción, Anemia, Artritis, Asma, Alergias, Fracturas óseas, Cáncer, Varicela, Depresión, Diabetes, Transfusiones de sangre, Enfermedades cardíacas, Hepatitis (Ictericia), Lesiones en la rodilla o en el tobillo, Trastornos del aprendizaje/ADD, Problemas mentales/emocionales, Lesiones en la cabeza/cuello, Convulsiones (epilepsia), Accidente grave, Cirugías, Condiciones de la tiroides, Infecciones del tracto urinario, Prueba cutánea de tuberculina positiva

Otras enfermedades graves, operaciones, hospitalizaciones, lesiones o condiciones (describalas e indique el año) \_\_\_\_\_

¿Se ha realizado algún examen físico en los últimos dos años? □ sí □ no

¿Ha realizado alguna consulta al dentista el año pasado? □ sí □ no

¿Es alérgico/a algún medicamento? □ sí □ no Si la respuesta es sí, explique a cuál \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS

□ Ninguno

Incluye píldoras anticonceptivas y medicamentos de venta libre como vitaminas, analgésicos, laxantes, aspirina y medicamentos herbáceos.

Table with 3 columns: Medicamento/Droga, Dosis, Motivo

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿Con quién vive el estudiante? (Especifique las personas según el parentesco o relación) \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ ¿Hermanas? \_\_\_\_\_

¿Es adoptado/a? □ sí □ no

Para cada una de las enfermedades que se enumera a continuación, indique si un miembro de la familia (abuelo, padre o madre, tía/tío, hermano/a) ha tenido esa enfermedad.

Table with 2 columns of conditions and checkboxes for family members, including 'En caso afirmativo, ¿quién?'

Otras enfermedades o condiciones (explique cuál) \_\_\_\_\_

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE →

FOR CLINIC USE ONLY

Reviewer/Date \_\_\_\_\_

Reviewer/Date \_\_\_\_\_

Reviewer/Date \_\_\_\_\_

**NEIGHBORCARE HEALTH - Programa de centros de salud en las escuelas**  
**Ayúdenos a prestarle un mejor servicio brindando la siguiente información confidencial**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

¿Se había inscrito anteriormente en este centro de salud escolar?  Sí  No

NOMBRE: Apellido (Sr. Jr.)      Nombre		Segundo nombre	Apellido anterior	Sobrenombre	
Número de seguro social del paciente		Fecha de nacimiento del paciente ____/____/____	Sexo del paciente (Marcar con un círculo la opción correcta) VARÓN                      MUJER		
Dirección de facturación del paciente (Calle o Casilla de correo)		<b>IDIOMA (Idioma principal que se habla en el hogar del paciente):</b> <input type="checkbox"/> AMÁRICO <input type="checkbox"/> HMONG <input type="checkbox"/> SAMOANO <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> COREANO <input type="checkbox"/> SOMALÍ <input type="checkbox"/> CAMBOYANO/KHMER <input type="checkbox"/> LAOSIANO <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> CANTONÉS <input type="checkbox"/> MANDARÍN <input type="checkbox"/> TAGALOG <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> MIEN <input type="checkbox"/> TAILANDES <input type="checkbox"/> PERSA <input type="checkbox"/> OROMO <input type="checkbox"/> TIGRIÑA <input type="checkbox"/> FFRANCÉS <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> OTRO      Idioma: _____			
Ciudad	Estado				Código postal
País	Condado				Teléfono particular
Teléfono laboral                      Ext					Tipo de teléfono alternativo: _____ (Celular/Otro)
Correo electrónico		<b>¿El estudiante tiene un médico/clínica de atención primaria? (marque con un círculo lo que corresponde) Sí No</b> Si su respuesta es afirmativa, especifique: Nombre del proveedor: _____ Número de teléfono: _____			
Quisiera que se comunicaran conmigo de la siguiente manera (marque con un círculo la opción correspondiente) Teléfono particular      Teléfono laboral      Teléfono celular <input type="checkbox"/> Información detallada                      (DI) <input type="checkbox"/> Número de devolución de llamada solamente (CB)		<b>ID del estudiante _____ Grado _____</b> <b>Situación de estudiante (marcar con un círculo la opción correspondiente)</b> Tiempo completo      Tiempo parcial      No es estudiante <b>Fumador (marcar con un círculo la opción correspondiente)</b> Sí      No			

**Información demográfica (se debe ingresar en la ficha Definido por el Cliente (Client Defined) de la pantalla Información del Paciente (Patient Information))**

**Discapitado:** EL PACIENTE PRESENTA ACTUALMENTE UNA CONDICIÓN QUE LE IMPIDE REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS:  SÍ  NO  
**Inmigrante / refugiado:** ¿EL PACIENTE ES UN INMIGRANTE O REFUGIADO O RECIÉN LLEGADO A ESTE PAÍS?  SÍ  NO  
**Cantidad total de personas que viven en el hogar:** CANTIDAD DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE FIGURAN EN LA DECLARACIÓN DEL IMPUESTO A LAS GANANCIAS FEDERAL: \_\_\_\_\_  
**Cantidad total de hijos menores de 18:** CANTIDAD DE HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_  
**Situación del hogar:** ¿EL PACIENTE VIVE EN UN HOGAR FAMILIAR MONOPARENTAL?  SÍ (varón)  SÍ (mujer)  NO

**Preguntas del Sistema de Datos Uniforme (se debe introducir en la ficha UDS de la pantalla Información del Paciente (Patient Information))**

**Situación de vivienda:**  Compartida  No es persona sin hogares  Otros  Vivienda pública  Albergue  Calle  De transición  Desconocida/No informada  
**Situación de trabajador agrícola (Marcar con un círculo la opción correspondiente):** Inmigrante De temporada No es un trabajador agrícola  
**Requiere intérprete:** ¿Este paciente necesita los servicios de un intérprete?  Sí  No

<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> INDÍGENA ESTADOUNIDENSE/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> NO SE INFORMA/SE REHÚSA A INFORMAR <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> BLANCO		<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> OTRO
--	--	---

<b>PADRE, TUTOR O PERSONA RESPONSABLE (marque con un círculo lo que corresponde)</b>	<b>SEXO DEL PADRE</b> <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<b>FECHA DE NACIMIENTO DEL TUTOR:</b> ____/____/____	<b>OTRO NÚMERO DE TELÉFONO (Parentesco)</b>
--	--	---	---

**EN CASO DE EMERGENCIA INFORME A:** Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro **principal:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Sexo del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 N° de plan: \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ N° de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nombre del seguro **secundario:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Sexo del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 N° de plan: \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ N° de grupo: \_\_\_\_\_  
 Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

**CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MÉDICO:** Certifico que la información de inscripción que he dado a esta clínica es actualmente correcta y entiendo que cualquier información deliberadamente falsa puede hacer que deba hacerme cargo del costo completo de los servicios brindados. Concedo mi permiso al personal Médico/Dental de la clínica mencionada para que utilice los tratamientos y las terapias establecidas que consideren profesional y médicamente necesarios o recomendables para el diagnóstico y tratamiento de mis problemas de salud. Entiendo que la atención médica puede ser brindada por un médico, profesional de enfermería, asistente médico u otro miembro del personal licenciado. Entiendo que la atención odontológica puede ser brindada por un dentista licenciado, higienista dental, asistente dental, estudiante de odontología o higiene o voluntarios capacitados según la Ley de Práctica Odontológica del Estado de Washington. Esta autorización mantendrá su vigencia a menos que el consentimiento sea cancelado mediante notificación por escrito al Director Médico/Odontológico. Esta cesión y autorización faculta a Neighborcare Health para transmitir a mi compañía de seguros, CMS o DSHS cualquier información que sea necesaria para determinar los beneficios pagaderos por servicios relacionados.



## Consentimiento del programa del centro de salud escolar para servicios médicos

Neighborhood Health debe tener en su poder un Formulario de Consentimiento del padre o tutor legal antes de prestar servicios al estudiante, salvo en situaciones en las que las leyes federales y/o estatales permitan que el estudiante acceda a dicho tratamiento sin el consentimiento del padre o tutor. Cualquier persona puede acceder de forma independiente a los servicios de salud reproductiva a cualquier edad y puede recibir independientemente servicios de tratamiento por drogas y alcohol y tratamiento de salud mental a partir de los 13 años de edad. De ser necesario, el Centro de Salud le informará a los estudiantes cuáles son sus opciones de atención médica externa y los ayudarán a hablar sobre estos temas con los padres o tutores.

Al firmar este Formulario de Consentimiento, usted otorga su permiso para que la enfermera de la escuela administre medicamentos de venta libre (por ejemplo, Ibuprofeno, Tylenol, Tums, etc.) según lo indicado por la Enfermera Especialista del Centro de Salud. Si esto no es aceptable, indíquelo por escrito en este formulario.

Por el presente solicitamos y autorizamos a

Primer nombre del estudiante	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
------------------------------	----------------------------	----------	---------------------

para recibir todo y cualquier tipo de servicios médicos ofrecidos y considerados necesarios por el personal del Centro de Salud y su agencia proveedora asociada. Estos servicios pueden incluir, entre otros, atención de salud mental, exámenes médicos de rutina, naturopatía, exámenes para la práctica de deportes, atención para adolescentes, evaluación y tratamiento de las enfermedades y lesiones agudas, vacunas, análisis de sangre, fotografías y radiografías y evaluaciones odontológicas. Se otorga específicamente el consentimiento para brindar atención en caso de que el estudiante se presente para obtener tratamiento en mi ausencia. Se otorga asimismo consentimiento para derivar al estudiante, y en caso necesario a usar transporte de emergencia, a otros profesionales médicos y de cuidado de la salud, hospitales, clínicas u organismos de atención médica, según lo determine el Centro de Salud y su personal. La presente autorización no permite que se presten servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que no se encuentre en condiciones de darlo.

Al conceder usted su autorización por escrito, su hijo adolescente también puede recibir servicios médicos de forma independiente en una de las clínicas médicas de Neighborcare Health. Otorgo mi permiso para que mi hijo adolescente reciba servicios médicos de forma independiente en una o más de las siguientes clínicas médicas de Neighborcare Health.

High Point Medical Clinic - 461-6966      45<sup>th</sup> Street Medical Clinic - 663-3350      Rainier Park Medical Clinic - 461-6957  
Rainier Beach Medical Clinic - 722-8444      Greenwood Medical Clinic - 782-8660

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_

Cuando se otorga el consentimiento para obtener atención médica, se mantiene la confidencialidad de toda la información, salvo en las siguientes circunstancias:

- El estudiante otorga su consentimiento para difundir su información mediante un permiso firmado
- El estudiante indica que existe riesgo de daño inminente para sí mismo u otros
- El estudiante sufre un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años
- Existen motivos para sospechar que ha habido abuso o negligencia
- Existen pruebas de la existencia de ciertas enfermedades contagiosas, que exigen que se informe a las autoridades de salud pública

Se otorga consentimiento para transmitir la información necesaria a todos los proveedores de atención médica en el Centro de Salud, incluso el intercambio de información entre el especialista en salud mental, la enfermera especializada y la enfermera de la escuela, con fines de proporcionar la mejor atención posible para el estudiante antes mencionado.

También reconozco haber recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de Neighborcare Health, que describe de qué manera se puede usar y divulgar mi información médica y cómo puedo acceder a mi propia información.

Entiendo que el consentimiento del estudiante es legalmente obligatorio para que se divulgue información sobre los siguientes tipos de diagnóstico y tratamiento: embarazo, enfermedades de transmisión sexual (lo que incluye análisis de VIH/SIDA), y atención médica relacionada con alcohol/drogas o salud mental. Entiendo, sin embargo, que los padres o tutores serán informados si el personal del Centro de Salud considera que el estudiante puede representar un peligro para sí mismo o para otros.

El consentimiento para los servicios se otorga por todo el tiempo en que el estudiante esté matriculado en una escuela que disponga de un Centro de Salud. Puede decidir cancelar este consentimiento en cualquier momento, mandando notificación por escrito al Centro de Salud que atiende al estudiante. En caso de que prefiera no inscribir a su hijo adolescente para los servicios del Centro de Salud, su hijo podrá ser atendido de todos modos por la enfermera de la escuela.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_