



Long Island City High School

14-30 Broadway, Rm 546

Queens, NY 11106

Medical: (718) 545-5468

Behavioral Health: (718) 545-5460

Estimado padre/madre o tutor:

Lo informamos de que su escuela tiene un Centro Médico Basado en la Escuela (SBHC). El personal del SBHC está formado por profesionales autorizados de Family Health Centers en NYU Langone. Todos los servicios están disponibles independientemente de la condición de ciudadanía americana. Firmando el paquete de consentimiento, usted da permiso para que su hijo reciba servicios **MÉDICOS, DENTALES o de SALUD CONDUCTUAL** en el SBHC. Esta oportunidad le permite a su hijo tener acceso rápido y fácil a atención médica de calidad en el campus de la escuela.

NUESTROS SERVICIOS INCLUYEN:

Servicios médicos

- Exámenes físicos (anuales/para deportes/generales)
- Vacunas
- Administración de recetas
- Pruebas de detección
- Análisis de laboratorio
- Formularios médicos

Salud conductual

- Educación sobre salud
- Consejería de largo plazo
- Consejería de corto plazo
- Consejería para la familia

El acceso a la atención está disponible 24 horas/día, 7 días/semana, incluyendo disponibilidad de visitas virtuales mediante telemedicina.

Firmar este documento **no** modifica su plan de seguro. Si su hijo tiene cobertura de un seguro médico, denos el número de identificación del seguro y el nombre del asegurado. **Le facturaremos a su seguro, pero usted no tendrá que hacer copagos, ni pagar facturas de laboratorio ni facturas de saldos por servicios que se presten en el Centro Médico Basado en la Escuela de su hijo.** Si su hijo **no** tiene cobertura de seguro médico, de todos modos lo atenderemos y podemos conectarlo con un seguro médico para su inscripción.

Uno de los padres o un tutor legal debe **leer, completar y firmar** el paquete adjunto de consentimiento. Usted o su hijo podrán entregar el paquete en el Centro Médico Basado en la Escuela o enviarlo por email a FHCSchoolHealth@nyulangone.org. Si ya ha completado un paquete de inscripción en un SBHC de FHC NYU en una escuela anterior, su hijo quedará inscrito automáticamente y podrá usar nuestros servicios de inmediato si ya tenemos una clínica SBH en esa escuela.

Si tiene un proveedor de atención dental externo o si tiene preguntas relacionadas con los servicios dentales, llame al 718-630-7493 o envíe un email a LMCSchoolHealthDental@nyulangone.org.

Si tiene preguntas relacionadas con los servicios médicos o de salud conductual, llame al 347-377-3170 o envíe un email a FHCSchoolHealth@nyulangone.org.

¡Esperamos poder verlo pronto y prestarle servicios médicos a su hijo!

Atentamente,

El personal del Centro Médico Basado en la Escuela de Family Health Centers en NYU Langone

Centro de Salud Escolar - Formulario de autorización de los padres

Dirección del proveedor de servicios de salud _____

Nombre de la(s) escuela(s): _____

Tenga en cuenta que su hijo puede usar los servicios del centro de salud escolar y a la vez ver a sus otros médicos. Al firmar esta autorización su seguro no cambia, ni cambia su médico privado y tampoco afecta el número de veces que su hijo puede ver a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE LOS PADRES
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ <small>Mes Día Año</small> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____ Dirección del estudiante: _____ <small> Ciudad Estado Código postal</small> Correo electrónico del estudiante: _____ *Número de seguro social del estudiante: _____ (* opcional: se usa exclusivamente para fines de seguro) Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena de EE.UU. <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ Incluya los datos del médico habitual del estudiante, en caso de tenerlo. Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Incluya los datos de la farmacia a la cual podemos enviar recetas. Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____	Padre/tutor: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono del hogar/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Padre/tutor: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono del hogar/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Si usted es el tutor legal, indique su parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Padre tutelar <input type="checkbox"/> Otro: _____ Teléfono del hogar/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Idioma de preferencia del padre/tutor: _____ <div style="border: 1px solid black; background-color: #f0f0f0; padding: 2px; text-align: center;">CONTACTO ADICIONAL PARA EMERGENCIAS</div> Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono del hogar o trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO MÉDICO

¿Tiene usted Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: # ID Medicaid: _____ ¿Tiene usted Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: # CHP: _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> Well Care <input type="checkbox"/> United Healthcare	¿Tiene su hijo algún otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: plan médico: _____ Tarjeta de identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro médico: _____ Si su hijo no tiene seguro médico, ¿desearía que un representante lo contacte para ayudarlo a obtener seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. ¿A qué hora es mejor comunicarse con usted? _____
---	---

CASILLA 1: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Firme las casillas 1 y 2

Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar _____ Por ley, no se requiere autorización de los padres para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres para los estudiantes mayores de 18 años o casados o que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad. Con mi firma también autorizo que sean contactados otros proveedores que han examinado a mi hijo anteriormente.

X _____
Firma del padre/tutor **Fecha**

CASILLA 2: AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y TRANSFERIBILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA.

Leí y entiendo los términos sobre la divulgación de información médica en la casilla 2 en la parte de atrás de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue la información médica tal como se especifica en la casilla 2 exclusivamente.

X _____
Firma del padre/tutor **Fecha**

Centro de Salud Escolar - Formulario de autorización de los padres

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

CASILLA 1

Acepto que mi hijo reciba servicios de atención médica brindados por profesionales de la salud autorizados por el estado de _____ como parte del programa de salud de la escuela aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que, de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. Para estudiantes adolescentes: Servicios médicos relacionados con la reproducción, que incluyen orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección Depo LARC, otros métodos aprobados por la FDA), prueba del embarazo, evaluación y tratamiento para infecciones de transmisión sexual, prueba de VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo a la edad e indicación médica.
7. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas riesgosas tales como abuso de drogas, alcohol y tabaco, así como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad e indicación médica.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

CASILLA 2

HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE TRANSFERIBILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información médica según se especifica más abajo. Las leyes federales y estatales de privacidad podrían impedir la comunicación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue la información de salud según la especificación más abajo a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea por mandato legal o por disposición del Canciller o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información como, por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro de Salud Escolar. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Centro de Salud Escolar _____ para que divulgue la información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página y se la entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Doy mi autorización para que el Centro de Salud Escolar divulgue y entregue la información médica descrita más abajo al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, y viceversa, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por disposición del canciller, incluyendo entre otros:

- Exámenes físicos completos (formulario CH-205, o un equivalente, como el examen físico para deportes, etc.)
- Vacunas (obligatorias / recomendadas)
- Resultados de exámenes de la vista y el oído
- Resultados de la prueba de la tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad:

- Condiciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia, incluyendo enfermedad crónica.
- Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (NO incluye información sobre infección del VIH o infecciones de transmisión sexual y otros servicios confidenciales amparados por la ley)
- Cobertura de seguro médico
- Inscripción en el Centro de Salud Escolar
- Programa de Educación Individualizado (*Individualized Education Program, IEP*)

Período durante el cual se autoriza la divulgación de la información:

De: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

A: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC.

AVISO: Este formulario de autorización de los padres del Centro de Salud Escolar fue aprobado por el DOE y OSH.

REVISE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED O SOBRE SU HIJO, Y CÓMO USTED PUEDE CONSULTAR DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Estamos comprometidos con su privacidad

NYU Langone Health tiene el compromiso de mantener la privacidad de su información médica. Usamos un expediente médico electrónico seguro para almacenar su información. Únicamente usaremos o revelaremos (compartiremos) su información médica según lo descrito en este Aviso. Se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso.

Quién cumple este Aviso

Este es un Aviso conjunto que siguen todos los empleados, el personal médico, el personal en formación, los estudiantes, los voluntarios y los agentes de NYU Langone Health en estos centros:

- NYU Langone Hospitals (incluyendo NYU Langone Home Health Care)
- NYU Grossman School of Medicine (incluyendo nuestros consultorios médicos grupales)
- Family Health Centers en NYU Langone
- Southwest Brooklyn Dental Practice

NYU Langone Hospitals y NYU Grossman School of Medicine participan en un Acuerdo de Atención Médica Organizada (Organized Health Care Arrangement) con Family Health Centers en NYU Langone Health y Southwest Brooklyn Dental Practice, y pueden usar y compartir entre ellos su información para operaciones de tratamiento, pago y atención médica relacionadas con este acuerdo.

Si los profesionales de NYU Langone Health le dan tratamiento o le prestan servicios en otros centros, , por ejemplo, en Manhattan VA Medical Center o en Bellevue Hospital Center, se aplicará el Aviso de prácticas de privacidad que reciba allí.

Uso e intercambio de su información

Esta sección describe las diferentes maneras en que podríamos usar y compartir su información. Por lo general, nos comunicaremos con usted por teléfono para estos fines , pero si nos ha dado su dirección de correo electrónico o su permiso para que le enviemos un mensaje de texto, es posible que nos comuniquemos con usted de esa manera.

La comunicación mediante mensajes de texto y correo electrónico puede no ser segura ni estar cifrada, y, dándonos su número de teléfono celular o su email, usted autoriza a NYU Langone Health a comunicarse con usted de esa manera.

Principalmente, usamos y compartimos su información para hacer operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto significa que usamos y compartimos su información médica:

- con otros proveedores de atención médica que le estén dando tratamiento o con una farmacia que esté surtiendo sus recetas;
 - con su plan de seguro, para cobrar los servicios de atención médica u obtener aprobación previa para sus tratamientos; y
 - para operar nuestra empresa, mejorar la atención, educar a nuestros profesionales y evaluar el desempeño de los proveedores.
- A veces, es posible que compartamos su información con nuestros socios comerciales, por ejemplo, el servicio de facturación que nos ayuda con nuestras operaciones comerciales. Todos nuestros socios comerciales deben proteger la privacidad y la seguridad de su información médica, igual que nosotros. También es posible que usemos o compartamos su información para comunicarnos con usted:

- para hablar de servicios o beneficios relacionados con la salud;
- para hablar de sus futuras citas;
- para saber si le interesaría participar en proyectos de investigación;
- para hablar de las actividades de recaudación de fondos de NYU Langone Health.

Usted tiene derecho a dejar de recibir comunicaciones sobre recaudación de fondos. Para hacerlo, debe comunicarse con la Oficina de Desarrollo de Salud (Health Development Office) de NYU Langone escribiendo a developmentoffice@nyulangone.org o llamando al 212-404-3640 o a la línea gratuita, 1-800-422-4483.

Si no quiere que lo informen de proyectos de investigación en los que podría participar, puede escribir a research-contact-optout@nyulangone.org o llamar al 1-855-777-7858.

Hay protecciones especiales si usamos o compartimos información médica delicada. Esto incluye información relacionada con el VIH, información sobre salud mental, información sobre tratamiento por abuso de drogas o alcohol e información genética. Por ejemplo, según las leyes del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH solo puede compartirse con personas que estén autorizadas por ley a tenerla o con personas a las que usted haya autorizado a tenerla firmando un formulario de autorización específico. Si su tratamiento incluye ese tipo de información, puede comunicarse con el representante de Privacidad para obtener una explicación detallada.

También se nos permite compartir su información de otras maneras, y, a veces, la ley lo exige. Debemos cumplir muchos requisitos legales para compartir su información por los siguientes motivos. Algunos ejemplos de cada uno incluyen:

- Salud pública y seguridad: reportar enfermedades, nacimientos o muertes; reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica; evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad públicas; monitorear retiradas de productos del mercado; y reportar información con fines de seguridad y calidad.
- Investigación: análisis de proyectos de expedientes médicos que haya aprobado nuestra Junta de Revisión Institucional (IRB) y que representen un riesgo bajo para su privacidad; preparación para un estudio de investigación; estudios que solo conlleven información de difuntos.
- Procedimientos judiciales y administrativos: en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Compensación de trabajadores y otros pedidos del gobierno: audiencias o pagos de reclamos de compensación de trabajadores; con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones especiales del gobierno (militares, seguridad nacional).
- Fuerzas del orden: con las autoridades, para identificar o encontrar a una persona sospechosa o desaparecida.
- Cumplimiento de la ley: con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para ver si cumplimos las leyes federales de privacidad.
- Situación de ayuda por desastres: compartir su ubicación y la ubicación general con el fin de informar a sus familiares, amigos y agencias aprobadas por la ley para ayudar en situaciones de emergencia.
- Con organizaciones que manejen la donación o el trasplante de órganos, tejidos u ojos.
- Con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, según sea necesario para que hagan su trabajo.
- En relación con revelaciones o usos permitidos: decir su nombre en un área de espera para una cita, y otras personas en esa área podrían escuchar su nombre. Hacemos todo lo posible para limitar dichos usos y revelaciones incidentales.

En las siguientes situaciones, podríamos usar o revelar su información, a menos que usted se oponga o si nos da específicamente su permiso. Si, por algún motivo, no puede decirnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que sería lo mejor para usted.

- Con nuestro directorio de pacientes, incluyendo nuestro departamento de servicios de capellanía, como un sacerdote o un rabino.
- Con su familia, amigos u otras personas que participen en su atención o en el pago de su atención.

En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información si usted nos da permiso:

- Para fines de marketing
- Para venderla o para pagos por parte de un tercero
- La mayoría de los casos en los que se comparten notas de psicoterapia
- Cualquier otro motivo que no se describa en este Aviso

Usted puede revocar (cancelar) ese permiso, excepto cuando ya nos hayamos basado en él, comunicándose con el representante de Privacidad.

Sus derechos

Usted tiene determinados derechos sobre su información médica. Puede:

- pedir comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera, por ejemplo, por teléfono celular. Cumpliremos todas las peticiones razonables;
- pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a cumplir su petición, pero la revisaremos. Si paga totalmente de su bolsillo por los servicios y nos pide que no compartamos la información con su plan de seguro, aceptaremos a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información;
- pedirnos que corrijamos su expediente médico si es impreciso o está incompleto. Podemos denegar su petición, pero lo informaremos de los motivos por escrito en un plazo de 60 días;
- obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información. Puede pedir una lista (informe) de las veces que compartimos su información y por qué lo hicimos para los seis años anteriores a su petición. En esa lista no se incluirán todas las revelaciones, por ejemplo, las que se hayan hecho por motivos de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Tiene derecho a obtener esta lista sin cargo una vez cada 12 meses, pero es posible que le cobremos el costo de dar listas adicionales durante ese tiempo;
- obtener una copia de este Aviso de privacidad. Simplemente pídalo y le daremos una copia en el formato que quiera (papel o electrónico);
- elegir a alguien para que lo represente. Este "representante personal" puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Normalmente, los padres y los tutores tendrán este derecho sobre los menores de edad, a menos que la ley le permita al menor actuar en su propio nombre;
- presentar una queja, si cree que se han violado sus derechos. Puede comunicarse con el representante de Privacidad de NYU Langone o con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de Estados Unidos. No tomaremos represalias ni medidas en su contra por presentar una queja;
- pedir más protecciones de privacidad para su expediente médico electrónico.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida.
- Le avisaremos si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información identificable.
- Debemos cumplir las prácticas descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
- Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El Aviso nuevo estará disponible si lo pide y en nuestro sitio web en www.nyulangone.org

Preguntas o preocupaciones

Si tiene una pregunta o quiere ejercer sus derechos descritos en este Aviso, comuníquese con el representante de Privacidad:

One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, por teléfono llamando al 1-877-PHI-LOSS o 212-404-4079, o por email escribiendo a compliance.help@nyulangone.org

La mayoría de las peticiones para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito al representante de Privacidad, o al consultorio del médico o al departamento del hospital que correspondan. Para

obtener más información u obtener un formulario de solicitud, comuníquese con el representante de Privacidad o visite <http://nyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

SOLICITUD DE ACUSE DE RECIBO

Firmando este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de NYU Langone Health.

Nombre del paciente

X

Firma del padre/madre/tutor

Fecha: _____

Family Health Centers en NYU Langone: Programa médico en la escuela
Formulario de historia médica

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento _____

*Responda las siguientes preguntas. Marque **Sí** o **No** para completar su respuesta y dé información cuando sea necesario.*

1. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez el estudiante? Sí No
Si respondió "sí", escriba la edad en el momento de la hospitalización y describa el problema.

2. ¿Ha tenido alguna vez el estudiante alguna operación? Sí No
Si respondió "sí", escriba el motivo de la operación y la edad en ese momento.

3. ¿Ha sufrido alguna vez el estudiante alguna lesión grave? Sí No
Si respondió "sí", explique.

4. ¿Toma el estudiante medicamentos habitualmente? Sí No
Si respondió "sí", escriba el nombre, la dosis y la frecuencia con la que toma los medicamentos.

5. ¿Es el estudiante alérgico a algún medicamento? Sí No
Si respondió "sí", ¿a qué medicamentos?

6. ¿Es el estudiante alérgico a alguna comida? Sí No
Si respondió "sí", ¿a qué comida?

7. ¿Es el estudiante alérgico a los productos de látex? Sí No
8. ¿Tiene nuestra clínica un registro actualizado de las vacunas del estudiante? Sí No No estoy seguro
9. Díganos si el estudiante ha tenido alguna vez alguno de los siguientes problemas de salud:
Si respondió "sí", ¿a qué edad comenzó el problema?

	Sí	Edad a la que comenzó		Sí	Edad a la que comenzó
Alergia/rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>		Infecciones de vejiga o de los riñones	<input type="checkbox"/>	
Asma	<input type="checkbox"/>		Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>		Problemas de estómago	<input type="checkbox"/>	
Problemas/enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>		Reflujo	<input type="checkbox"/>	
Anemia (anemia falciforme/trastorno de la sangre)	<input type="checkbox"/>		Hepatitis (enfermedad del hígado)	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>		Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	
ADHD/discapacidad del aprendizaje	<input type="checkbox"/>		Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/>	
Depresión	<input type="checkbox"/>		Escoliosis (columna desviada)	<input type="checkbox"/>	
Trastorno emocional	<input type="checkbox"/>		Acné extenso	<input type="checkbox"/>	
Trastorno de la alimentación	<input type="checkbox"/>		Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	
Sangrado nasal (frecuente)	<input type="checkbox"/>		Varicela	<input type="checkbox"/>	
Dolor de garganta (frecuente)	<input type="checkbox"/>		Tuberculosis (TB)/enfermedades de los pulmones	<input type="checkbox"/>	
Apnea del sueño/ronquidos	<input type="checkbox"/>		Neumonía	<input type="checkbox"/>	

Family Health Centers en NYU Langone: Programa médico en la escuela
Formulario de historia médica

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento _____

10. ¿Tiene algún familiar del estudiante alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 Si respondió "sí", mencione la relación con el niño/adolescente

	Madre	Padre	Hermano/a	Otro familiar	Otro familiar
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias/asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Debemos tener comprobante de un examen físico actual (de los últimos 12 meses) y el registro de vacunas en el expediente médico del estudiante. Elija una de las siguientes opciones:

- Sí, al estudiante se le hizo un examen físico en los últimos 12 meses.
- No, al estudiante no se le ha hecho un examen físico en los últimos 12 meses. Haré una cita con el proveedor de atención primaria del estudiante.
- No, al estudiante no se le ha hecho un examen físico en los últimos 12 meses. Comuníquese conmigo para hacer una cita para que al estudiante se le haga un examen físico.

Gracias por su cooperación. Si tiene alguna pregunta o preocupación, llámenos al **347-377-3170**.

Formulario completado por _____

Relación con el estudiante _____