



ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA
Formulario de Inscripción y Consentimiento
del Centro de Salud Basado en la Escuela
Inscripción es OPCIONAL

2016-17

Información del Estudiante		
Apellido del Estudiante (legal):		Número de Estudiante:
Primer Nombre del Estudiante (legal):		Segundo Nombre del Estudiante (completo):
Dirección:		Ciudad: Código Postal:
Sexo: M / F		Fecha de Nacimiento (mes/día/año): / /
Grado:		Escuela Actual:
Información de los Padres/Tutores		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):		Primer Nombre (legal):
Segundo Nombre (completo):		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Padre/Madre/Tutor Legal: Sí / No		Relación con el Estudiante:
Teléfono de la Casa:		Teléfono del Trabajo: Celular:
Correo Electrónico:		¿Podemos mandarle un mensaje de texto a su teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de los Padres/Tutores		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):		Primer Nombre (legal):
Segundo Nombre (completo):		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Padre/Madre/Tutor Legal: Sí / No		Relación con el Estudiante:
Teléfono de la Casa:		Teléfono del Trabajo: Celular:
Correo Electrónico:		¿Podemos mandarle un mensaje de texto a su teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de Contacto en caso de Emergencia Médica (Aparte de los Padres/Tutores)		
Apellido:		Primer Nombre:
Relación con el Estudiante:		
Teléfono de la Casa:		Teléfono del Trabajo: Celular:
¿Tiene su hijo un Médico/Doctor regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido/inseguro		
Nombre del Médico:		Teléfono del Médico:
Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Medicaid/Kids Connection <input type="checkbox"/> Comercial: _____ <input type="checkbox"/> No Seguro Médico		
Número de Póliza/ID de Inscripción:		Teléfono:
Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Comercial: _____ <input type="checkbox"/> No Seguro Dental # de Póliza: _____		
Servicios de Salud basados en la Escuela		
<p>Servicios de Salud basado en la Escuela estará disponible en la escuela de su hijo o en una escuela cerca durante el año escolar. Estos servicios serán provistos por los Centros de Salud de "OneWorld" o "Charles Drew", UNMC o la Universidad de Creighton. La enfermera de la escuela coordinará el cuidado con el centro de salud en cuanto su hijo esté inscrito. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Centros de Salud Basados en las Escuelas (SBHC): capacidad para examinar el estatus de salud, diagnosticar y tratar muchas condiciones comunes, tales como la garganta irritada, dolores de cabeza, vacunas, infección de oídos, y otras enfermedades infecciosas como hepatitis, tuberculosis y enfermedades transmitidas sexualmente. La ley del Estado de Nebraska permite a los estudiantes elegir si quieren que se notifique a sus padres respecto a su atención médica con relación a infecciones transmitidas sexualmente. El SBHC no proveerá servicios de emergencia. El SBHC también proveerá servicios de conducta mental y psiquiátricos para niños y jóvenes. Los servicios pueden incluir el uso de tecnología "telehealth". • Servicios Dentales: los servicios pueden incluir educación de salud oral, evaluaciones, aplicación de barniz de fluoruro, cuidado preventivo y limpieza, cuidado restaurativo/correctivo, y uso de tecnología "telehealth". <p>Los proveedores de servicios de salud basada en la escuela tratarán de coordinar el cuidado con el proveedor de cuidado principal, dentista y/o proveedor de salud de conducta de su hijo. Si usted tiene seguro médico privado o Medicaid los proveedores de los servicios de salud enviarán la cuenta a su seguro medico después de proveer los servicios. Si usted no tiene seguro medico actualmente, los proveedores de salud trabajará con las familias para ayudar a inscribir a su hijo(s) en Medicaid, si es elegible.</p>		
Compartiendo Información del Estudiante		
<p>OPS mantiene la información del estudiante en sus propios archivos y base de datos y en la Base de Datos Colaborativa de Omaha la cual es operada por "United Way of the Midlands". OPS permite que el personal que suministra servicios de salud tenga acceso a la información del estudiante de todas estas fuentes con el fin de proporcionar servicios de salud y para ayudar a evaluar el programa de servicios de salud basados en las escuelas y su impacto en el éxito estudiantil. OPS generalmente requiere del permiso de los padres para la entrega de información que no sea del directorio a menos que un estudiante visite un centro con una necesidad de salud y el padre aún no haya inscrito al estudiante; en tales casos se llamará al padre de familia rápidamente.</p>		
Consentimiento para Tratamiento y Liberación de Información		
<p>Para inscribir a su hijo en los servicios de salud basados en la escuela y para que OPS pueda liberar información confidencial al personal del proveedor para ayudar con el diagnóstico y tratamiento, se necesita un formulario de inscripción y consentimiento firmado en los expedientes de OPS y SBHC. El personal del SBHC por lo general intentará comunicarse con usted para informarle sobre la razón de la visita de su hijo y los servicios proporcionados. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da el consentimiento para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario OneWorld y/o al Centro de Salud Charles Drew, UNMC, y/o Creighton a administrar exámenes y tratamientos a mi hijo con los servicios de salud basados en la escuela y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tales exámenes y tratamientos. • En situaciones donde el personal entrenado de la escuela como la enfermera o auxiliares de salud no estén disponibles para dar medicamento recetado rutinario que se deba dar en la escuela, Yo autorizo al personal de SBHC a que administren tal medicamento a mi hijo. • Yo autorizo a OPS y a su personal certificado, incluyendo a la enfermera escolar en la escuela de mi hijo, el "United Way of the Midlands" de parte de OPS, a entregar la siguiente información del estudiante al personal que suministra servicios de salud del SBHC identificados anteriormente para que el personal que suministra servicios de salud del SBHC proporcione servicios y dirija una evaluación del programa: Información de contactos de emergencia del niño(a), número del estado del estudiante, asistencia y récords de disciplina, historial de vacunas, resultados de exámenes de salud tales como de audición y visión, evaluaciones psicológicas, récords de educación especial (IEP-MDT), Sección 504 del Plan de Adaptación, e información concerniente a la condición de salud tal como convulsiones y asma. • Los estudiantes que salen de la escuela primaria y secundaria necesitan inscribirse de nuevo en el siguiente nivel escolar. • Esta autorización expira cuando mi hijo(a) salga de la escuela primaria, secundaria, cuando salga del distrito o se gradúe. <p>Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento entregando una carta a las Escuelas Públicas de Omaha, Student Information Services, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131-2024.</p>		
Firma del Padre/Madre/Tutor:	Relación con el niño:	Fecha:

Las Escuelas Públicas de Omaha no discriminan basados en la raza, color, origen nacional, religión, sexo, estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, estado de ciudadanía, o estado económico en sus programas, actividades y empleo, y provee acceso equitativo a los "Boy Scouts" y a otros grupos juveniles designados. La siguiente persona ha sido designada para atender estas inquietudes referentes a las pólizas de no discriminación: El Superintendente de las Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131 (402-557-2001).

Para el personal de la oficina solamente: Verified Programs Sections Initials