



SUNY DOWNSTATE Medical Center

**It's fast and easy for your child to receive health care services through the
SUNY Downstate Medical Center School-based Health Center!**

Dear Parent or Guardian:

We are happy to inform you that the **Brooklyn New School (PS 146) & the Brooklyn Secondary School for Collaborative Studies (MS 448)** has a School Based Health Center (SBHC)! The SBHC is run by **SUNY Downstate Medical Center** and is part of the hospital's Family Medicine division. The SBHC is staffed by **SUNY Downstate Medical Center** licensed professionals consisting of medical, and mental health providers.

Please know that your child can use the School-Based Health Center and see your other doctors as well. Signing this consent does not change your insurance, does not change your private doctor, and does not affect the number of times your child can see their primary doctor.

At the School Based Health Center, your child can receive the services listed below at **no cost** to you, regardless of insurance status. The SBHC is allowed to bill insurance, however there are **no co-pays for you, and you do not receive a bill.**

School Based Health Center Services include:

- Complete physical examinations
- Medications and prescriptions
- Medical laboratory tests; Immunizations
- Medical care, including treatment for acute and chronic conditions
- Age appropriate reproductive health care
- Health Education and Counseling
- Mental Health Counseling and services
- Screening for vision, hearing, asthma, obesity, and other medical conditions;
- Access to care 24 hours/day, 7 days/week

To register your child for the services of our School Based Health Center, please read and complete the following information on the attached enrollment form. Be sure to sign the Parental Consent form.

- Parental Consent Form** **Allergy/Medication Form** **Health Insurance Information**
 HIPAA Privacy Form

Give the completed forms to the School Based Health Center in **room 209** and is open every school day between the hours of **8 am – 4 pm.**

We look forward to meeting you and we look forward to providing health services to your child. Feel free to visit us at the School Based Health Center in room or call us at **(718) 923-4750 EXT 2091** for more information. **After Hours (718) 270-1000.**

Sincerely,

Alexandrine Claycomb, RN PNP
School Based Health Center
PS 146 & MS 448
O (718) 923-4750 EXT 2091

Ashley C. Cornett
Project Administrator
School Based Health Center, Family Medicine
O (718) 270-4723

SUNY Downstate Medical Center Centro De Salud Escolar
AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Proveedor de servicios de salud y domicilio (HCSP) 610 Henry Street, Brooklyn NY 11231 Room 209 (718) 923-4750 ext 2091
 Escuelas incluidas Brooklyn New School (PS 146) & Brooklyn Secondary School for Collaborative Studies (MS 448)

Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año Dirección del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____ **Número de seguro social del estudiante: _____ Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ **Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro	Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____ Si es tutor legal, relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">Contacto Adicional Para Casos de Emergencia</div> Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO	
¿Tiene su hijo/a Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de Medicaid _____ ¿Tiene su hijo/a Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N.º de identificación de CHP _____ ¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health (HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Empire BCBS Health Plus <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Wellcare	¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____ Identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____ Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llames para ayudarlo a obtener un seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____

Caja 1: AUTORIZACIÓN DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

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/a reciba los servicios proporcionados por el **SUNY Downstate Medical Center** (HCSP) Centro Escolar de Salud.
AVISO: 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, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

Caja 2: AUTORIZACIÓN DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Leí y comprendo la divulgación de Información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.

X _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha

POR FAVOR CERCIORESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

CAJA 1. SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de **SUNY Downstate Medical Center (HCSP)** como parte del programa escolar de salud 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 los Estudiantes Adolescentes:** Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, 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.
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.

CAJA 2 :

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud 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 porque lo requiera la ley o una disposición de la 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 Escolar de Salud. 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 **SUNY Downstate Medical Center (HCSP)** Centro de Salud Escolar para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le 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).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud 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 acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por

Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger la salud y las seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (**excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.**)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

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

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

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

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

POR FAVOR CERCÍORESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO



**SUNY
DOWNSTATE
Medical Center**

Department of Family Medicine

Child's Name: _____ Date of Birth _____

ALLERGY/ MEDICATION FORM

Answer to the following questions will help the School Based Health Center to treat your child more effectively.

Does your child have any medical problems? Yes ___ No ___ if yes please explain

Does your child have asthma? Yes ___ NO ___

Does your child have any known allergies to food or medications? Yes ___ No ___

If yes please list:

Food or Medication

Symptoms or Reactions to Food/Medication

1. _____
2. _____
3. _____

- _____
- _____
- _____

The following over the counter medications can be administered on site in the School Based Health Center:

- Tylenol
- Motrin
- Tums
- Maalox
- Children's Cold/Cough Syrup (Robitussin)
- Antihistamine (Benadryl, Zyrtec)
- Sudafed (Decongestant)
- Ambesol Gel (numbing ointment for mouth)
- Antibiotic Ointment
- Antifungal cream
- Hydrocortisone 1% Cream (mild steroid cream)

Please indicate whether the Nurse Practitioner has your permission to administer over the counter medication to your child when appropriate. Yes ___ NO ___

I would like to be notified before my child receives any medications Yes ___ No ___

If you would like to be notified before your child receives any medication **please note that the medication will be withheld until you can be contacted.**

Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Signature _____

Preferred Pharmacy

Name of Pharmacy: _____

Address of Pharmacy: _____

Tele: _____



**SUNY
DOWNSTATE
Medical Center**
Department of Family Medicine

Dear Parents/Guardians:

The School Based Clinic needs to have up to date insurance information for your child. We will bill the insurance company when possible, but you will never be asked to pay out of pocket fees for the care received in the clinic.

Health Insurance Information

PLEASE FILL OUT COMPLETELY

Insurance Name: _____

Insurance ID Number: _____

Insurance Group Number: _____

Insured's Name: _____

Insured's Date of Birth: _____

Child's Name: _____

Child's Date of Birth: _____

Child's Insurance Number: _____

If applicable, Child's Medicaid Number: _____

PLEASE BE SURE TO REVIEW BOTH SIDES OF THIS CONSENT