

Niños Sanos, Mejores Estudiantes, Comunidades Prósperas.

Estimado Madre, Padre, o Guardián:

Hemos identificado que su hijo(a), _____, tiene las siguientes necesidades de salud: _____. Su hijo(a) **puede ser elegible** para recibir servicios de salud SIN COSTO de **Healthy Learners**, una organización sin ánimo de lucro basada en la fe que conecta a los niños con servicios médicos para que una salud pobre No impida el aprendizaje de su estudiante en la escuela.

Healthy Learners puede asistir con los siguientes servicios:

- Cuidado de la visión, incluyendo reemplazo de lentes
- Cuidado dental
- Evaluación de audición
- Cuidado del asma
- Atención médica general
- Cuidado de salud mental/del comportamiento
- Coordinación de cuidados
- Transporte a citas
- Manejo de medicamentos
- Asistencia con el proceso de la solicitud de Medicaid

Healthy Learners puede servir a cualquier estudiante que nosotros refiramos y que cumpla con los requisitos de elegibilidad del programa. Una vez que se determine que un estudiante es elegible para recibir servicios, **Healthy Learners** programará la(s) cita(s) de su hijo(a) y nos notificará. Luego le informaremos el día, la hora y la dirección de la cita. Además, si nos da permiso, **Healthy Learners** puede recoger a su hijo(a) de la escuela y llevarlo a su cita durante el horario escolar para que usted no tenga que faltar al trabajo. Una vez finalizada la cita, el miembro del personaje de **Healthy Learners** devolverá a su hijo(a) a la escuela, nos informará sobre los resultados de la cita y nosotros compartiremos esos resultados con usted.

Si desea que refiramos a su hijo(a) a **Healthy Learners**, llene' (en bolígrafo) la aplicación adjunta, **fírmela** y **devuélvala** lo antes posible para que podamos determinar la elegibilidad de su hijo(a) para los servicios de **Healthy Learners**. Su hijo(a) no puede recibir atención médica sin su permiso. **Healthy Learners debe** recibir la aplicación completa de su hijo(a) antes de que los servicios puedan comenzar. No dude en ponerse en contacto con nosotros en la escuela si tiene alguna pregunta. También puede comunicarse directamente con **Healthy Learners** al _____.

Gracias,

Enfermera escolar

SECCIÓN DE HEALTHY LEARNERS

SOLAMENTE:

- Padres Transporte HL Transporte
 Visión Audición Dental Otro
 Consejería Episódico Medicamentos



HEALTHY LEARNERS

FECHA COMPLETADA: _____

PAGINA 1 DE 2

Información del Estudiante & Historial de Salud

SECCIÓN DE ENFERMERÍA ESCOLAR

SOLAMENTE:

Para propósitos de Identificación del Estudiante
 PowerSchool # (Student ID#)

10-digit Student SUNS # (State ID #)

1. Nombre del Niño(a)																																			
<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Apellido</i>																																	
2. Fecha de Nacimiento m m / d d / y y y y	3. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenion <input type="checkbox"/> Otro:																																		
4. Número de Seguro Social:	5. Etnicidad (Raza):																																		
6. ¿Cuál es la necesidad de salud actual de su hijo(a) (razón de la remisión)? <i>Evaluación comprueba deficiencia _____</i> <i>Otro: _____</i>		7. ¿Su hijo(a) habla inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No* <i>*Si responde 'No', cual otro idioma habla:</i>																																	
8. Escuela del Niño(a)	9. Grado	10. Clase de Aula/Maestro de Aula																																	
11. Nombre de la Madre/Padre o Guardián Legal																																			
<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Apellido</i>																																	
12. Dirección del hogar: <i>Calle:</i> _____ <i>Apt/Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</i>		13. Correo electrónico:																																	
14. Número de teléfono principal: # Número de teléfono alternativo#		Nombre del contacto de emergencia: Teléfono del contacto de emergencia #																																	
15. Número total de los miembros en el hogar	16. Número de adultos (18+) <i>Inclúyase a usted mismo(a)</i>	17. Número de niños (menores de 18 años) <i>Incluya al niño en este formulario</i>																																	
18. ¿Algun padre en el hogar trabaja? <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No trabaja / Desempleado/a																																			
19. ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar? <i>* Información requerida para elegibilidad *</i> \$ _____		20. ¿Tiene otros niños que necesiten nuestra ayuda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>* Si es así, complete un formulario por niño.</i>																																	
21. ¿Quién le habló de Healthy Learners? <input type="checkbox"/> Enfermera escolar <input type="checkbox"/> Maestro(a) <input type="checkbox"/> Otro padre <input type="checkbox"/> Otra persona																																			
22. ¿Qué tipo de cobertura de seguro de salud tiene su hijo(a) ahora? <input type="checkbox"/> Medicaid/Healthy Connections Choices <input type="checkbox"/> Otro seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Ninguno Indique el nombre del proveedor de Medicaid / Seguro: _____ Por favor indique el número de identificación: _____ <i>¿Ha caducado el Medicaid de su hijo(a)?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>¿Ha solicitado Medicaid en los últimos tres (3) meses?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																			
23. ¿Tiene su hijo(a) un médico regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, nombre:</i> _____																																			
24. ¿Tiene su hijo(a) un dentista? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, nombre:</i> _____																																			
25. Su hijo(a) es alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, ¿cuáles son los medicamentos?</i> <i>¿Alguno de los medicamentos causa erupción cutánea, dificultad para respirar, hinchazón, etc.?</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">32. ¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud para compartir con el médico? Marque ✓ lo que corresponda. Si no hay ninguno, encierre 'Ninguno'.</td> <td style="text-align: center;">Ninguno</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Alergias</td> <td style="text-align: center;">Problemas Cardiacos</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Asma</td> <td style="text-align: center;">Hipertensión</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ADD/ADHD</td> <td style="text-align: center;">Alergia al látex</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Problemas de conducta</td> <td style="text-align: center;">Obesidad o sobrepeso</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Salud oral o dental</td> <td style="text-align: center;">Convulsiones</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Depresión</td> <td style="text-align: center;">Drepanocitosis</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Diabetes</td> <td style="text-align: center;">Retraso en el habla o el lenguaje</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Alergias a alimentos</td> <td style="text-align: center;">Problemas cutáneos</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Dolores de cabeza</td> <td style="text-align: center;">Problemas estomacales o digestivos</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Problemas auditivos</td> <td style="text-align: center;">Problemas visuales</td> <td></td> </tr> </table>	32. ¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud para compartir con el médico? Marque ✓ lo que corresponda. Si no hay ninguno, encierre 'Ninguno'.		Ninguno	Alergias	Problemas Cardiacos		Asma	Hipertensión		ADD/ADHD	Alergia al látex		Problemas de conducta	Obesidad o sobrepeso		Salud oral o dental	Convulsiones		Depresión	Drepanocitosis		Diabetes	Retraso en el habla o el lenguaje		Alergias a alimentos	Problemas cutáneos		Dolores de cabeza	Problemas estomacales o digestivos		Problemas auditivos	Problemas visuales	
32. ¿Tiene su hijo(a) algún problema de salud para compartir con el médico? Marque ✓ lo que corresponda. Si no hay ninguno, encierre 'Ninguno'.			Ninguno																																
Alergias	Problemas Cardiacos																																		
Asma	Hipertensión																																		
ADD/ADHD	Alergia al látex																																		
Problemas de conducta	Obesidad o sobrepeso																																		
Salud oral o dental	Convulsiones																																		
Depresión	Drepanocitosis																																		
Diabetes	Retraso en el habla o el lenguaje																																		
Alergias a alimentos	Problemas cutáneos																																		
Dolores de cabeza	Problemas estomacales o digestivos																																		
Problemas auditivos	Problemas visuales																																		
26. ¿Toma su hijo(a) medicamentos a diario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo indique los medicamentos que toma o necesita su hijo:</i>																																			
27. ¿Alguna vez se ha visto su hijo(a) con un médico especialista o un consejero de salud mental en el pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el nombre del médico:</i>																																			
28. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía / operación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el tipo:</i>																																			
29. ¿Ha estado su hijo(a) en la sala de emergencias del hospital en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo ¿por qué razón?</i>																																			
30. ¿Ha tenido su hijo(a) un examen de la vista en el último año? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Por Quién / Dónde? _____																																			
31. ¿Ha recibido su hijo(a) anteojos a través de Medicaid en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Por Quién / Dónde? _____																																			
33. ¿Su hijo(a) tiene alguna discapacidad?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí: <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Discapacidad emocional																																			
34. Otros problemas de salud (especifique):																																			
35. ¿Hay antecedentes familiares de estas enfermedades?																																			
	Si	Familiar y enfermedad																																	
Ceguera																																			
Sordera																																			
Diabetes																																			
Glaucoma																																			
Cardiopatía																																			
Presión arterial alta																																			

HEALTHY LEARNERS

PAGINA 2 DE 2

PERMISO PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PERMISO PARA PROPORCIONAR SERVICIOS Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

DE ACUERDO CON LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE INFORMACIÓN DE SALUD

Permiso para Proporcionar Servicios. Doy permiso a Healthy Learners para que brinden servicios a mi hijo. Estos servicios pueden incluir una evaluación y tratamiento médico profesional, así como el transporte de mi hijo hacia y desde la escuela a sus citas médicas y otros servicios. Entiendo que la información sobre mi hijo que proporcione a Healthy Learners se compartirá con sus socios proveedores de atención médica, así como con otras entidades cubiertas que necesitan esta información para evaluar, evaluar y tratar las necesidades de atención médica de mi hijo o procesar el pago por los servicios prestados a mi hijo. Los ejemplos de estos grupos incluyen planes de seguro de salud como Medicaid y SC Revenue and Fiscal Affairs Office (la Oficina de Ingresos y Asuntos Fiscales de SC). Entiendo que el equipo de atención médica compartirá información de salud sobre mi hijo con Healthy Learners para que Healthy Learners pueda informarme sobre la visita. Doy mi permiso a todos los miembros del equipo para intercambiar información de salud. Entiendo que la participación de mi hijo es voluntaria. Este consentimiento seguirá siendo válido mientras mi hijo esté matriculado en escuela.

Permiso para Participar en la Evaluación del Programa. Healthy Learners resume la información sobre los niños atendidos para la planificación del programa, para medir los resultados y el impacto del programa, y para asegurar los fondos de la subvención necesarios para continuar brindando servicios a los niños sin costo para las familias. La información recopilada puede incluir datos de atención médica proporcionados por SC Revenue and Fiscal Affairs Office (la Oficina de Ingresos y Asuntos Fiscales de SC). Se le puede pedir a mi hijo que participe en una encuesta de evaluación. Toda la información obtenida se mantendrá confidencial, salvo que la ley exija lo contrario. Los informes de evaluación completos están disponibles públicamente, contienen solo información resumida o agrupada y no utilizan nombres ni información de identificación. Entiendo que si no deseo que mi hijo sea incluido en las medidas de evaluación del programa Healthy Learners, debo enviar una carta escrita y firmada a Healthy Learners en 2711 Middleburg Drive, Suite 304, Columbia, SC 29204. No es necesaria la participación en la evaluación del programa para recibir servicios de Healthy Learners.

Permiso para Acceder a los Datos de la Escuela. Doy permiso al distrito escolar para dar a Healthy Learners cualquiera de los datos escolares de mi hijo, incluyendo asistencia, calificaciones, disciplina, puntajes de exámenes y resultados de exámenes estandarizados con el propósito de indicar el impacto y el éxito del programa Healthy Learners. Autorizo a Healthy Learners a solicitar, recibir y utilizar la información adquirida para todos los años de inscripción de mi hijo con el fin de establecer una línea de base antes y después para rastrear el impacto de que mi hijo haya recibido los servicios de Healthy Learners. Puedo solicitar una copia de cualquier registro sobre mi hijo que Healthy Learners haya recibido del distrito escolar.

Permiso de Transporte

- Sí - Elijo que el personaje de Healthy Learners transporte a mi hijo a sus citas.
 No - Proporcionaré el transporte de mi hijo a las citas. ¿El mejor día de la semana para citas? _____

Permiso para fotografiar, grabar audio o video (note que puede recibir servicios aunque no de su permiso)

Sí No Entiendo que Healthy Learners promueve sus servicios para fomentar la participación estudiantil, envolver a la comunidad, y solicitar donaciones. Las promociones pueden incluir fotografías. Los niños nunca son identificados por nombre. Permiso que fotografíen, graben la imagen o voz de mi hijo(a) o ambas en audio o video, con fines promocionales/educativos.

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, en mi nombre, mi hijo, _____, y mis herederos

(Nombre del niño: Primero - Segundo - Apellido)

LIBERE Y MANTENGA A LOS HEALTHY LEARNERS DAÑOSOS POR CUALQUIER LESIÓN, DISCAPACIDAD, MUERTE, PÉRDIDA o pérdida o daño a persona o propiedad, SI LO CAUSÓ LA NEGLIGENCIA DE HEALTHY LEARNERS, sus donantes, patrocinadores, miembros de la junta, empleados y agentes, O DE OTRO MODO. El caso de negligencia grave y / o mala conducta intencional. HE LEÍDO LOS PERMISOS Y LIBERACIÓN ANTERIORES DE LA RESPONSABILIDAD, ENTIENDO SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO CIERTOS DERECHOS AL FIRMARLO Y FIRMARLO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUNA PROMESA O AMENAZA.

Firma del Padre o Guardián Legal

Relacion Hacía el Niño

Fecha