

Estimados padres y tutores:

Me emociona compartir con ustedes que el Departamento de Salud del Condado de Howard y las Escuelas Públicas del Condado de Howard se han asociado para abrir un centro de bienestar basada en la Escuela Secundaria Wilde Lake. El centro de bienestar en la escuela estará abierto dos medios días a la semana durante el periodo escolar y ofrecerá los servicios de cuidado de la salud a continuación, mediante cita:

- Exámenes físicos - anual, atlético y para la admisión a la universidad
- Vacunas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Manejo de problemas de salud crónicos, como el asma
- Educación sobre la salud
- Remisiones a servicios no proporcionados en el centro de bienestar de la escuela

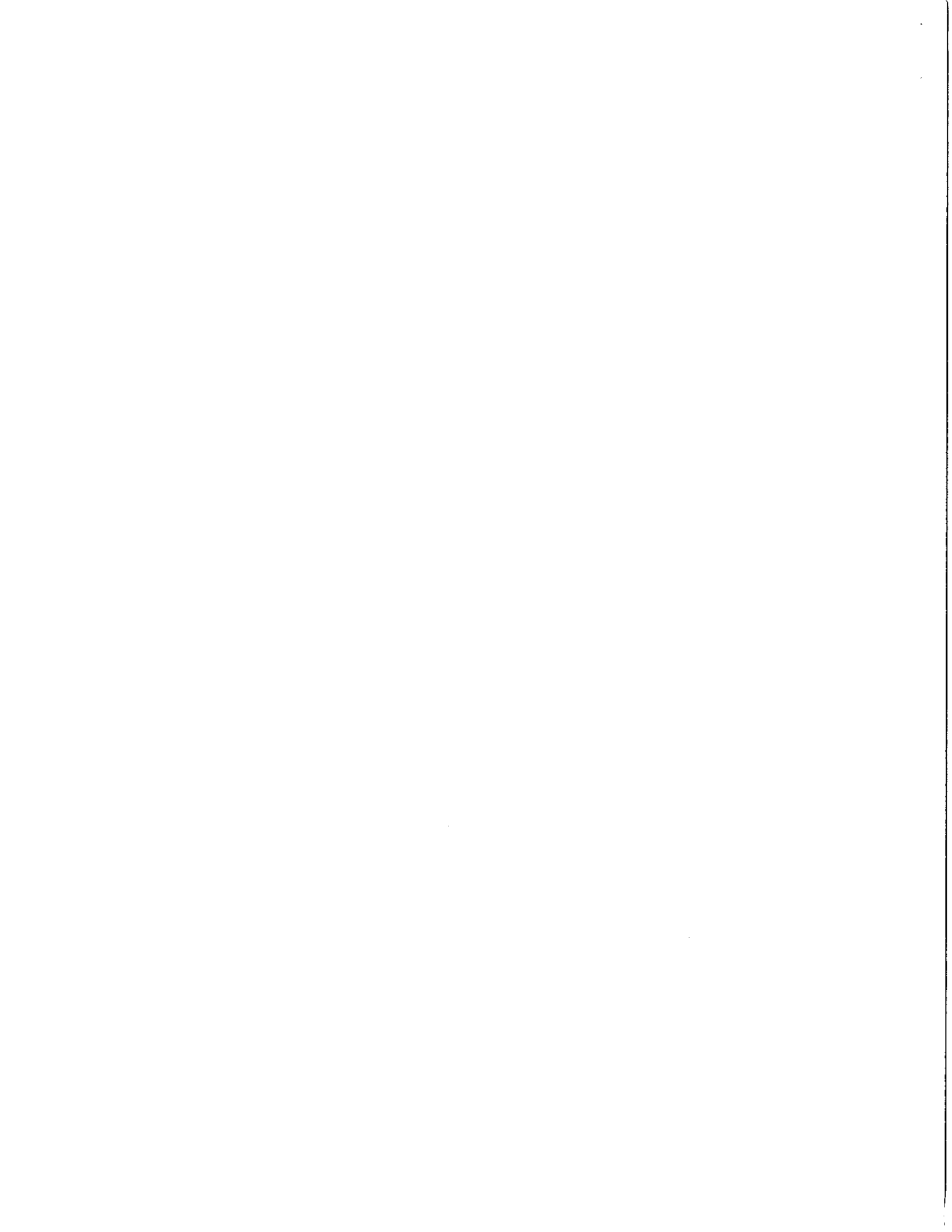
Los médicos y practicantes de enfermería del centro brindarán servicios de salud solamente durante la jornada escolar y no reemplazarán al proveedor de salud habitual de su hijo. El personal del centro trabajará con el proveedor de su hijo para coordinar su cuidado. Con su autorización, se enviará una copia de las visitas de su hijo al proveedor habitual de su hijo. Es necesario que firme un consentimiento y que llene el paquete adjunto para que su hijo sea inscrito y reciba los servicios en el centro de bienestar de la escuela, excepto los servicios cubiertos conforme a las Leyes de consentimiento de menores de Maryland.

El Centro de Bienestar de la Escuela Secundaria Wilde Lake solo facturará a Asistencia Médica y las Organizaciones de Atención Médica Administrada (MCO) de Asistencia Médica. No se facturarán ni cobrarán copagos de seguro, deducibles, saldos y otros cargos. Todos los estudiantes matriculados en nuestra escuela son elegibles para recibir atención en el Centro de Bienestar, independientemente de su seguro médico y situación migratoria.

Para obtener información adicional o hacer una cita, comuníquese con Sharon Hobson, la administradora del programa, al (410) 313-7238.

Atentamente,

  
Rick Wilson  
Director



**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD  
PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR  
Formulario de consentimiento Secundaria del padres/tutores**

| INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE  | INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL  |
|---|--|
| <b>Apellido:</b> _____<br><b>Primer nombre:</b> _____<br><b>Dirección:</b> _____<br>_____<br><i>Ciudad Estado Código postal</i><br><b>Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____<br><i>Mes Día Año</i><br><b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino<br><input type="checkbox"/> Varón Transexual <input type="checkbox"/> Mujer Transexual<br><input type="checkbox"/> No Identificado Con Ningún Sexo- _____<br><b>Número de Seguro Social:</b> _____ - _____ - _____<br><b>Raza/origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/proveniente de las islas del Pacífico<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><b>Idioma preferido:</b> _____<br><b>Nombre de la escuela:</b> _____<br><b>Grado:</b> _____ | <u><b>Madre</b></u><br><b>Apellido:</b> _____ <b>Primer nombre:</b> _____<br><b>Número(s) de contacto:</b> _____<br><b>Dirección de correo electrónico:</b> _____<br><u><b>Padre</b></u><br><b>Apellido:</b> _____ <b>Primer nombre:</b> _____<br><b>Número(s) de contacto:</b> _____<br><b>Dirección de correo electrónico:</b> _____<br><u><b>Tutor legal, si corresponde</b></u><br><b>Apellido:</b> _____ <b>Primer nombre:</b> _____<br><b>Relación del tutor legal con el estudiante:</b><br><input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Tía/o <input type="checkbox"/> Otro: _____<br><b>Número(s) de contacto:</b> _____<br><b>Dirección de correo electrónico:</b> _____<br><u><b>Contacto de emergencia adicional</b></u><br><b>Nombre:</b> _____<br><b>Relación con el estudiante:</b> _____<br><b>Número de teléfono particular:</b> _____<br><b>Número de teléfono laboral:</b> _____<br><b>Celular:</b> _____ |

**INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD**

Favor de marcar el/los tipo(s) de seguro de salud médica que tiene su hijo: ¿Asistencia Médica? \_\_\_\_\_  
 ¿Seguro Privado? \_\_\_\_\_ ¿No tiene seguro de salud médica? \_\_\_\_\_

Si tienen Asistencia Médica, favor de proporcionar la siguiente información.  
**# de Asistencia Médica** \_\_\_\_\_  
**Suscriptor/ID de Miembro/ o # de Expediente Médico** \_\_\_\_\_

Si su hijo recibe servicios médicos a través de una organización de atención administrada (managed care organization, MCO) marque la casilla correspondiente a continuación:

AMERIGROUP     Maryland Physicians Care     Riverside     Jai     Medstar     United Healthcare-Community Plan  
 Kaiser Permanente     Priority Partners

Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿desea que el personal del Departamento de Salud del Condado de Howard se comunique con usted para inscribirlo en un seguro de salud?    No     Sí

Dé vuelta esta página, lea, firme e incluya la fecha.

Nombre del niño:

Escuela:

**SERVICIOS DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR**

Otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica proporcionados por los profesionales de la salud certificados por el estado del programa del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard. Además, comprendo que bajo las Leyes de Consentimiento para los Menores de Maryland, un menor (es una persona menor de 18 años de edad) tiene la misma capacidad de un adulto para autorizar y poder recibir educación y una derivación por: abuso de sustancias, salud reproductiva, problemas de salud mental (mayores de 16 años), y el diagnóstico y/o tratamiento por enfermedades de transmisión sexual, sin la notificación o la autorización de su padre/tutor. A los estudiantes se les alentará a que involucren a sus padres o tutores legales en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios del centro de bienestar escolar incluyen, entre otros, los siguientes:

- Evaluación médica y exámenes físicos integrales (exámenes médicos completos) incluidos los exámenes para Detección Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT) para la escuela y los deportes
- Análisis básicos de laboratorio recetados por un médico que pueden incluir una punción en una vena y análisis de otros líquidos corporales, como orina y secreciones de heridas o de la garganta, para detectar afecciones que incluyen anemia, enfermedades de transmisión sexual, infección de garganta por estreptococos, y diabetes
- Atención médica y tratamiento, incluido el diagnóstico de afecciones y enfermedades crónicas y agudas, y el suministro y la receta de medicamentos.
- Derivaciones para servicios no proporcionados en el Centro de bienestar escolar
- Cuestionario/encuesta de salud anual y educación para la salud y asesoramiento sobre prevención de riesgos

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha

**HOJA INFORMATIVA PARA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD  
CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA**

Mi firma en este formulario autoriza la divulgación de información médica para que el Centro de bienestar del Departamento de Salud del condado de Howard se comunique con otros proveedores que han examinado a mi hijo para divulgar toda información médica o de otro tipo que ayude en el cuidado de la salud de mi hijo. Es posible que la divulgación de esta información esté protegida por la ley estatal y la ley federal sobre privacidad.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se proporcione información médica al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard, ya sea porque lo exige la ley o porque es necesario para proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si yo lo solicito, el establecimiento o la persona que divulgue esta información médica deberá proporcionarme una copia de este formulario. La ley exige que los padres proporcionen determinada información a la escuela, como un certificado de constancia de vacunación. No proporcionar esta información podría ocasionar que el estudiante sea excluido de la escuela.

Se han respondido mis preguntas sobre este formulario. Comprendo que no estoy obligado a permitir la divulgación de la información médica de mi hijo y que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y revocar mi autorización escribiendo al Centro de bienestar escolar. No obstante, después de que se haya hecho la divulgación, no es posible revocarla retroactivamente para cubrir información divulgada antes de su revocación.

Otorgo mi consentimiento para la divulgación de la información médica descrita a continuación, del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard al Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard y del Sistema de Escuelas Públicas del condado de Howard al Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard, para cumplir los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la seguridad y la salud de mi hijo. Comprendo que esta información seguirá siendo confidencial conforme a las reglamentaciones federales y estatales sobre confidencialidad:

**Información requerida por el sistema escolar o legal:**

- Examen del nuevo ingresante
  - Registro de vacunación
  - Resultados de exámenes de la vista y audición
  - Resultados de la prueba de la tuberculina
- confidenciales protegidos por ley)

**Información para proteger la salud y la seguridad:**

- Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia
- Afecciones mentales incluidas evaluaciones, diagnóstico, tratamiento
- Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (no incluye el VIH)
- Infección/infecciones de transmisión sexual (ITS) y otros servicios
- Afecciones que limitan las actividades diarias de un estudiante
- Cobertura del seguro de salud

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL, ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:**

Yo, quien suscribe, otorgo voluntariamente mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo por el proveedor y el personal del Centro de bienestar escolar del Departamento de Salud del condado de Howard (Howard County Health Department School Based Wellness Center, HCHD SBWC). También otorgo voluntariamente mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información médica protegida de mi hijo para el tratamiento, el pago y las operaciones y cualquier otro fin permitido en virtud de la ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act) sin una autorización por escrito. Autorizo el pago directo a HCHD por los servicios para los que HCHD acepta asignación. Es posible que se use una copia de este acuerdo en lugar del original. Certifico que la información que aparece en este formulario es correcta.

X

Firma del padre/de la madre/del tutor legal

Fecha

Periodo durante el que se autoriza la divulgación de la información:

De: Fecha en la que se firma el formulario Para: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el Centro de bienestar escolar

# DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HOWARD PROGRAMA DEL CENTRO DE BIENESTAR ESCOLAR

## Cuestionario de antecedentes médicos y familiares

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Nombre del niño: | Fecha de hoy: |
|------------------|---------------|

### INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

Indique si algún integrante de la familia del niño (padres, hermanos, hermanas, abuelos) tiene o ha tenido lo siguiente:

| Problemas de salud                    | Sí | No | ¿Qué integrante de la familia fue? |
|---------------------------------------|----|----|------------------------------------|
| Asma                                  |    |    |                                    |
| Diabetes                              |    |    |                                    |
| Problema psiquiátrico/de salud mental |    |    |                                    |
| Anemia drepanocítica                  |    |    |                                    |
| Otro:                                 |    |    |                                    |

¿Quién es el proveedor médico habitual del estudiante?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono del consultorio: (     )     -     \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Cuándo se realizó su hijo el último examen físico o examen del niño sano? \_\_\_\_\_  
Fecha/Mes

Proporcione el nombre y el número de teléfono de su farmacia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (     )     -     \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO

Marque la casilla que corresponda para indicar todos los problemas de salud que haya tenido su hijo.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado  | <input type="checkbox"/> Depresión                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Infección de oído (frecuente)     | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza (frecuente) |
| <input type="checkbox"/> Audición   | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos/Soplo         | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme           |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> Vista                             | <input type="checkbox"/> Otro:                  | _____  |
| <input type="checkbox"/> Alergias ( <i>Enumere todas, <u>incluidos los medicamentos</u></i> ) _____ |  |   |  |

Si su hijo ha sido hospitalizado, proporcione la(s) fecha(s) y el (los) motivo(s):

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA Y DE VENTA LIBRE QUE TOMA SU HIJO: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE HIGIENE MENTAL DE MARYLAND  
Y SU INFORMACION DE SALUD

NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTA ES PARA INFORMARLE A USTED COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALA CON CUIDADO.**

**Salvaguardando su Información de Salud Protegida**

El Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland (DHMH) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, DHMH le pedirá información acerca de su salud. Esa información se pondrá en su registro médico. El registro médico contiene generalmente sus síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y tratamiento. Esa información llamada su registro médico es legalmente regulada como información de salud y puede ser usada con varios propósitos. DHMH debe seguir las prácticas de privacidad en esta Nota, aunque DHMH reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los terminos de esta Nota en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de nuestra última Nota de Prácticas de Privacidad de DHMH. Esta Nota también esta disponible en nuestro sitio de internet en <http://www.dhmh.state.md.us/>.

**Cómo DHMH Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida**

Los empleados de DHMH solamente usaran su información de salud como parte de su trabajo. DHMH debe obtener su autorización por escrito para usar su registro médico en cualquier otra manera, a menos que la ley lo requiera o lo permita. Algunos ejemplos de usos y revelaciones de su información de salud son:

**Los Usos y las Revelaciones con relación a Tratamiento, Pago, u operaciones de Cuidado Médico**

**Para el tratamiento:** DHMH puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento, y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de asistencia médica de DHMH podrian necesitar hacer una revisión de su tratamiento con su doctor regular a resultado de una necesidad médica o para coordinar bien su cuidado.

**Para obtener pago:** DHMH puede usar o compartir su información de salud para facturar u obtener pago por servicios de cuidado médico y para determinar si usted tiene derecho a esos servicios. Por ejemplo, su proveedor de cuidado médico puede mandar la cuenta para obtener pagó por los servicios médicos que usted ha recibido.

**Para operaciones de cuidado médico:** DHMH puede usar y compartir su información de salud para verificar la calidad de nuestros servicios, o para nuestros interventores de cuentas del estado o federales.

**Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Requeridos o Permitidos por la ley**

**Requerido por la ley:** DHMH puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

**Con Propósito de información:** a menos que usted nos diga que no, DHMH puede mandar recordatorios de citas y otros materiales de programas a su hogar.

**Actividades publicas de Salud:** DHMH puede revelar su información de salud cuando DHMH es requerido a obtener o a reportar información sobre enfermedades, heridas o para reportar estadísticas esenciales a otras divisiones del Departamento de Salud o a otras agencias publicas de salud.

**Actividades de supervision de salud:** DHMH puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento o a otras agencias que proporcionan supervisión requerida por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervision son las revisiones, las inspecciones, las investigaciones, y licenciaturas.

**Córoner, revisadores médicos, directores de funerales y donaciones de órganos:** DHMH puede revelar su información de salud acerca de muerte a córoneres, revisadores médicos, o directores de funeral. Podemos compartir también información con ciertas organizaciones acerca de transplante de órganos, ojos, o donativos de tejido.

**Propósitos de Investigacion:** En ciertas circunstancias y bajo la supervisión de nuestra Mesa Institucional de Revisión u otro grupo designado de la privacidad, DHMH puede revelar información de salud para ayudar con alguna investigación médica.

**Prevenir amenazas a la salud o la seguridad:** Para poder evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, DHMH puede revelar información de salud según sea necesario a la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

**Abuso y Descuido:** DHMH revelará su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos que usted quizás sea una víctima de abuso, de descuido, de violencia doméstica, o de algún otro crimen. DHMH puede revelar su información de salud según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave de salud o de la seguridad de usted o de otros.

**Funciones específicas del gobierno:** En algunas situaciones DHMH puede revelar la información de salud del personal militar y de veteranos, y a facilidades correctionales. Podemos revelar también información para la matriculación a programas de beneficio del gobierno, y por razones de seguridad nacional, como para proteger al Presidente.

**La familia, los amigos o otros implicados en su cuidado:** DHMH puede compartir su información de salud con gente si ellos estan implicados en su cuidado o en el pago de su cuidado. DHMH puede compartir también su información de salud con gente para notificarlos acerca de su ubicación, de su condición general, o de su muerte.

**Compensación del trabajador:** DHMH puede revelar información de salud a los programas de la compensación del trabajador que proporcionan beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar culpas.

**Directorios de pacientes:** El plan de salud bajo el que usted está inscrito no mantiene un directorio para los visitantes o personas que llaman preguntando por usted. Usted no será identificado a una persona que llame o visitantes desconocidos sin su autorización.

**Casos legales, las disputas y las demandas:** Si usted está implicado en un caso legal, en una disputa, o en una demanda, DHMH puede revelar su información de salud en respuesta a un tribunal o la orden administrativa, la citación, el pedido del descubrimiento, la investigación de una demanda puesta para usted, o en otro proceso legal.

**La aplicación de la ley:** DHMH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley si la ley lo requiere, o en respuesta a una citación.

**Usted Tiene el Derecho a:**

**Pedir las restricciones.** Usted tiene el derecho de pedir que DHMH restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. DHMH honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si DHMH concuerda a una restricción, nosotros lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia.

**Pedir comunicaciones confidenciales.** Usted tiene el derecho de pedir que DHMH le mande información a una dirección diferente o en una manera diferente. Nosotros debemos concordar en hacer así, si es razonablemente fácil.

**Inspeccionar y copias.** Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo pide en forma escrita. Si usted quiere copias de su información de salud, nosotros le podemos cobrar un honorario por copiar, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene el derecho de escoger qué partes de su información usted quiere que sea copiado y de saber el costo de las copias antes que nosotros los hagamos.

**Pedir una enmienda.** Usted puede pedir a DHMH en forma escrita, que correcciones o que le añadan a su registro de la salud. DHMH puede negar el pedido si se decide que la información de la salud: (1) es correcta y esta completa; (2) no fue creada por nosotros y/o no es parte de nuestros registros; (3) no puede ser revelada. Si DHMH concuerda con los cambios que usted solicitó, cambiaremos su registro y le informaremos a usted y le diremos también a los otros que necesitan saber acerca del cambio en su información de salud.

**Contabilidad de revelaciones.** Usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud hechas después del 14 de abril del 2003. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado en el tratamiento, pagos y operaciones. DHMH no le tiene que listar las revelaciones que le hicimos a usted o que fueron pedidas en forma escrita por usted, o proporcionadas para la seguridad nacional, a oficiales de la ley o a facilidades de la correccional. No habrá cobro por una de estas listas anualmente.

**Nota:** Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta Nota y/o una copia por correo electrónico.

**Para Más Información**

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con guías de las actas de los Americanos con Incapacidades. Si tiene preguntas y le gustaría más información usted puede avisar: **Antigone Vickery, Deputy Health Officer -410-313-6300.**

**Para Informar de algún Problema con nuestras Prácticas de la privacidad**

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede poner una queja.

- Usted puede poner una queja con el Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland, la División de la Conformidad Corporativa llamando al 1-866-770-7175.
- Usted puede poner una queja con el Secretario de los EE.UU. El Departamento de Salud y de Servicios Humanos, la Oficina de Derechos Civiles. Usted puede llamar el Departamento Salud y de Higiene Mental de Maryland para obtener la información del contacto.

DHMH no tomará acción vengativa contra usted si usted pone una queja.

**La Fecha Efectiva:** Esta Nota tome efecto el 14 de abril del 2003.

Confirmando que he recibido esta nota:

\_\_\_\_\_  
Paciente o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de representante de DHMH

Si incapaz de obtener el reconocimiento, especifique por qué: