



Información de inscripción en el centro de salud basado en la escuela

2019-2020

Estimado padre / tutor,

En asociación con las Escuelas Públicas de Portland y el Centro Médico de Maine, Greater Portland Health ofrece servicios de Centro de Salud Escolar en: Portland High School, Deering High School, Casco Bay High School, PATHS y King Middle School.

Complete el formulario de inscripción médica adjunto para permitir que su hijo acceda a los servicios de salud escolares de su escuela. **Si su hijo ya tiene un proveedor de atención primaria o un proveedor de salud mental habitual, puede inscribirlo en el Centro de Salud Escolar de Greater Portland Health.** Nuestro objetivo es que todos los niños y sus padres estén conectados con un hogar médico de atención primaria. El centro de salud basado en la escuela Greater Portland Health complementa los servicios del proveedor de atención primaria habitual de su hijo y coordina la atención con ellos según corresponda. Visite el sitio web de Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) para obtener más información.

Las reclamaciones de seguro se presentarán por servicios prestados según corresponda. Si un paciente no tiene seguro, Greater Portland Health ofrece una escala móvil de tarifas.

<p>El centro de salud basado en la escuela de Greater Portland Health proporciona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos primarios de salud • Servicios de salud conductual • Servicios psiquiátricos • Servicios de salud dental (inscripción por separado) 	<p>Las 5 razones principales para inscribir a su hijo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal amistoso y afectuoso 2. Programación conveniente y rápida (¡no se requiere transporte!) 3. Coordinación con el proveedor de cuidado primario de su hijo 4. Calidad y cuidado compasivo 5. Fácil monitoreo de condiciones crónicas
--	---

En este paquete encontrará:

- Formulario de inscripción médica: *complete, firme y devuelva al centro de salud escolar o a la enfermera de la escuela. Complete incluso si su hijo se inscribió el año pasado ya que se necesita información actualizada.*
- Aviso de privacidad de Greater Portland Health - en el reverso de esta carta - *para que pueda mantener*
- Preguntas frecuentes (P + F) sobre los SBHC: *para que pueda mantener*

Busque un formulario de inscripción dental por separado en el paquete del primer día de su hijo.

DARSE CUENTA DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información, revísela cuidadosamente.

Entender su historial / información de salud

Cuando visita Greater Portland Health, se documenta un registro de la visita. Este registro puede contener sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnóstico, tratamiento y un plan para su cuidado / servicios futuros. Esta información llamada su historial médico / salud es una parte esencial de los servicios / atención médica que le brindamos. Sirve como:

- Bases para planificar su cuidado y tratamiento.
- Medios de comunicación con profesionales de la salud que contribuyen a su cuidado.
- Documento legal que describe la atención / servicios que recibe.
- Verificación a terceros pagadores (compañía de seguros) de que se proporcionaron los servicios .

Sus derechos con respecto a su información de salud

Aunque su registro de salud es propiedad física de Greater Portland Health, la información le pertenece. Según las Reglas de privacidad federales, usted tiene derecho a:

- Reciba un aviso del uso y divulgación de su historial médico / médico, incluida una copia en papel del aviso, si así lo solicita.
- Solicite restricciones sobre el uso y la divulgación de su información de salud, o solicite que le enviemos sus comunicaciones confidenciales por medios alternativos.
- Inspeccione y obtenga una copia de su registro.
- Solicite que se modifique su registro de salud.

Nuestras responsabilidades

Greater Portland Health debe:

- Mantenga la privacidad de su información de salud.
- Proporcionarle un aviso con respecto a los deberes legales y prácticas de privacidad de Greater Portland Health con respecto a la información de salud que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir con los términos de este aviso
- Obtenga su consentimiento antes de divulgar su información médica / de salud.

Greater Portland Health se reserva el derecho de cambiar y revisar sus prácticas de privacidad para cumplir con las Leyes Federales y Estatales. Si esto fuera necesario, los pacientes / clientes recibirán un nuevo **Aviso de prácticas de información de salud** en la próxima visita.

Divulgaciones permitidas sin consentimiento para fines de prioridad nacional

Greater Portland Health tiene permitido usar y divulgar su información de salud sin su consentimiento cuando:

- Requerido por la ley estatal o federal.
- A las autoridades, incluidos los funcionarios médicos estatales, la Administración de Alimentos y Medicamentos, organismos encargados de hacer cumplir la ley, organizaciones de adquisición de órganos, examinadores médicos, en relación con la indemnización de los trabajadores, cuando se soliciten determinadas funciones gubernamentales especializadas, incluidas situaciones militares y similares y otras agencias encargadas de prevenir o controlando la enfermedad

Acuerdo Organizado de Atención Médica

Greater Portland Health es miembro de Community Care Partnership of Maine (" CCPM "), un " Organized Health Care Arrangement ". enfocado en mejorar la salud de las comunidades a las que sirve. Los miembros de CCPM, en colaboración con las compañías de seguros, usan análisis de salud de la población, revisión de la utilización, evaluación de la calidad y actividades de mejora, y otras estrategias basadas en la evidencia para mejorar su atención médica. Los miembros son mutuamente responsables de la salud de todos los pacientes atendidos por CCPM. Las entidades que conforman este Organized Health Care Arrangement incluyen los siguientes centros de salud comunitarios y hospitales: Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nason Health Care , Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Sebasticook Family Doctors y St. Joseph Healthcare. Cuidado de salud

organizado CCPM 's permite que estas entidades cubiertas separadas, incluyendo una mayor Portland Salud, para compartir PHI entre sí como sea necesario para llevar a cabo las operaciones permisibles de tratamiento, pago o atención médica relacionados con el trabajo del cuidado de salud organizado, a menos que se limitado por ley, regla o regulación. La lista de entidades se puede actualizar para aplicar a nuevas entidades en el futuro. Puede acceder a la lista más reciente en www.ccpmmaine.org/members o llamar al 207-992-9200.

Para obtener más información, para solicitar información o para informar un problema

Si tiene preguntas, puede comunicarse con Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. www.greaterportlandhealth.org . Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Oficial de privacidad y seguridad en la dirección anterior, o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos, Washington, DC. No habrá represalias por presentar una queja.



2019-2020

Centro de Salud Escolar
Formulario de inscripción

Por favor complete todos los campos y regrese a la escuela

PADRES: Por favor completar y firmar el reverso de este formulario de inscripción para permitir a su hijo a utilizar el Centro de Salud Basado en la Escuela Mayor de Portland Salud 's. Para situaciones especiales, los estudiantes pueden completar y firmar el formulario de inscripción ellos mismos.

Nombre del niño Fecha de nacimiento (Lo mismo que en la tarjeta de MaineCare, si corresponde)

Sexo M F T

Dirección Código postal

Sin hogar

Teléfono diurno para padres Msg. OK sí / no Otro teléfono Msg. OK sí / no

Celda del alumno (para recordatorios de citas) Msg. OK sí / no Escuela Grado

Número de identificación de MaineCare (termina en A)

Nombre del seguro privado Policy ID #

Grupo #

Nombre de la persona asegurada

Sin seguro

Si no tiene seguro, uno de nuestros asesores de asistencia financiera lo contactará para hablar sobre el seguro y nuestras opciones de escala móvil.

Historial de salud familiar: verifique el historial familiar para detectar cualquiera de las siguientes afecciones de salud:

Alergias Diabetes Desordenismo inmune Asma Enfermedad cardíaca Enfermedad mental Alcohol o abuso de drogas Presión arterial alta Desorden de convulsiones Cáncer High colesterol Tuberculosis

Raza infantil: Blanca Negra, africana, afroamericana Otra isla del Pacífico Asiática Indígena del sur / centro / norteamérica, nativa de Alaska Hawaiana nativa Multirracial

Ingreso familiar anual total: Número total de miembros de la familia que viven en el hogar:

Historia de salud

Médico primario / Proveedor de atención médica:

Mi hijo tuvo un examen físico en los últimos dos años. ___ sí ___ no ___ no sé

Mi hijo necesitará vacunas este año. ___ sí ___ no ___ no sé

Alergias:

¿Su hijo tiene asma? sí / no Plan de asma escrito en la escuela? sí / no

¿Su hijo tiene Diabetes? Sí / No Plan de diabetes por escrito en la escuela? Si no

Otros problemas de salud física, dental o mental: _____

Enfermedades pasadas, lesiones u hospitalizaciones significativas:


Medicamentos actuales:

Consentimiento para utilizar el centro de salud de Greater Portland Health School y autorización para la divulgación de información

Autorizo a mi hijo, _____, a utilizar el Centro de Salud Escolar de Greater Portland Health, que puede incluir recibir servicios médicos, dentales o de salud mental. También autorizo al SBHC a completar una evaluación de riesgo de Evaluación Rápida para Servicios Preventivos del Adolescente © (RAAPS) de mi hijo, ya que puede, a su sola discreción, considerarla necesaria o apropiada (para obtener más información, vaya a raaps.org).

- Entiendo que mi firma indica que he recibido y leído la carta para padres del centro de salud de Greater Portland Health .
- Entiendo que mi firma indica que he recibido y leído el Aviso de privacidad del Centro de salud basado en la escuela de Greater Portland Health .
- Por la presente autorizo al personal del Centro de Salud Escolar de Greater Portland Health a acceder al historial médico de mi hijo y autorizo al personal del Centro de Salud Escolar de Greater Portland Health y al enfermero o trabajador social de la escuela a compartir información y registros de salud cuando lo considere apropiado para propósitos de tratamiento.
- Autorizo al proveedor de cuidado primario, dentista y profesional de salud mental de mi hijo a compartir información y registros de salud con el Centro de Salud Escolar para apoyar la atención de mi hijo, y doy permiso al Centro de Salud Escolar del Greater Portland Health para compartir información de salud y registros con el proveedor de cuidado primario, el dentista y el profesional de salud mental de mi hijo, según corresponda, para facilitar los servicios de tratamiento y la continuidad y coordinación de la atención.
- Autorización: Esta autorización es válida por el tiempo que el estudiante esté inscrito en el Sistema Escolar de Portland o hasta que se transfiera a otra escuela (es decir, desde la escuela intermedia hasta la secundaria). Reconozco que cuando mi hijo se transfiera de la escuela intermedia a la secundaria, debo volver a inscribirlos en el centro de salud si deseo que continúen recibiendo servicios en el Centro de salud basado en la escuela de Greater Portland Health. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento

mediante el envío de un aviso por escrito de la retirada de mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud, si los recibe el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Ley HIPAA, sino que se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (FERPA). He leído este formulario completamente y acepto inscribir a mi estudiante en el centro de salud en este momento.

 **Firma del padre/**

tutor: _____

Fecha: _____

Imprimir el nombre: _____ Relación _____