



120 Oak Avenue, Spruce Pine, NC 28777 828.467.8815

El horario de atención: 8:00 am - 3:00 pm de Lunes a Viernes durante todo el año escolar. Correo electrónico APPTS@CRHI.org

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ TELÉFONO: _____ RAZA/ORIGENETNICO:(marqueuno) HISPANO NO HISPANO

ESCUELA: _____ #SS: _____ - _____ - _____

GENERO: MASCULINO FEMENINO FARMACIA: _____ CIUDAD: _____

DENTISTA: _____ Fecha del último examen dental: _____ CIUDAD: _____

MÉDICO: _____ Fecha de su último chequeo médico: _____ CIUDAD: _____

CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE: _____

¿DA CONSENTIMIENTO AL PERSONAL DE HEALTH-E-SCHOOLS PARA LLAMARLE Y/O ENVIAR MENSAJE DE TEXTO A SU CELULAR Y DEJARLE MENSAJE DE VOZ?

(encierre en un círculo) SÍ NO

SOLO ESTUDIANTES (menores de 18)

MADRE / APODERADO: _____ TELÉFONO: _____ (Encierre en un círculo) Móvil o Fijo

PADRE / APODERADO: _____ TELÉFONO: _____ (Encierre en un círculo) Móvil o Fijo

¿CON QUIEN VIVE SU HIJO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? _____ ¿SU HIJO TIENE SEGURO MEDICO?: SÍ NO

CORREO ELECTRONICO DE LOS PADRES: _____

TODOS LOS PACIENTES:

EN CASO DE EMERGENCIA, FAVOR INDICAR A OTRA PERSONA A QUIEN PODEMOS CONTACTAR (Si es un menor, favor indicar alguien fuera de su hogar)

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

RESPONSABLE DE PAGO DE LA CUENTA: _____ PARENTESCO: _____

INFORMACIONES SOBRE SEGUROS

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ CO-PAGO: \$ _____

POLIZA /ID: _____ NÚMERO DEL GRUPO: _____

NOMBRE DE ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ #SEGURO SOCIAL: _____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ CO-PAGO: \$ _____

POLIZA /ID: _____ NÚMERO DEL GRUPO: _____

NOMBRE DE ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ #SEGURO SOCIAL: _____

HIPAA / FERPA: Todas las personas que tienen problemas de salud deben ser tratados de manera confidencial. El personal de las escuelas Health-e-School compartirá la información confidencial solamente en las siguientes situaciones: cuando sea educativamente relevante para el progreso académico del estudiante, cuando se requiera para hacer frente a posibles necesidades de atención médica, para garantizar la seguridad del paciente, otros estudiantes / personal y / o personal de la escuela, u otras situaciones que la ley especifica. El personal de Health -E-Schools podría discutir sobre los medicamentos del paciente y otras necesidades para atención médica , con el personal adecuado quienes le administrarán los medicamentos y proporcionarán la atención al estudiante mientras se encuentre en la escuela. Información detallada adicional sobre las Prácticas de Privacidad que rigen el programa de Telemedicina de E-Health-Schools está disponible en nuestro sitio web en www.crhi.org y en cada oficina de la enfermería escolar.

Yo, quien suscribe el presente documento da permiso y consentimiento para que el paciente inscrito reciba tratamiento y los procedimientos recomendados (por ejemplo, lavado de oído, pruebas de laboratorio, etc.) a través y por Health-e-Schools. Yo entiendo la naturaleza de este tratamiento, la forma en que se brinda, y los detalles y limitaciones de esta forma y estilo de tratamiento. Doy permiso a Health-e-Schools para recibir información de la escuela acerca de la historia médica de mi hijo si es necesario, así como de los seguros y farmacias. Yo confirmo que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (disponible en nuestra página web www.crhi.org o en la oficina de la enfermería de la escuela). Yo estoy de acuerdo con liberar todos los registros relacionados con este tratamiento al Médico de Atención Primaria. Yo estoy de acuerdo que seré responsable de todos los costos asociados con dicho tratamiento y que voy a proporcionar cualquier información del seguro conforme a lo solicitado. Todos los costos y cargos no cubiertos por el seguro serán mi responsabilidad. Quien suscribe el presente documento, en calidad de representante del paciente, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para procesar las reclamaciones de seguros para el pago de beneficios a CRHI para Health-e-Schools. Yo autorizo el pago de beneficios a CRHI para Health-e-Schools por los servicios prestados. Yo he proporcionado detalles de todas las pólizas de seguros que cubren el paciente inscrito. La información anterior es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Padre / Apoderado, o Firma del Paciente Adulto (encierre en un círculo)

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____



120 Oak Avenue, Spruce Pine, NC 28777 828.467.8815

El horario de atención: 8:00 am - 3:00 pm de Lunes a Viernes durante todo el año escolar. Correo electrónico APPTS@CRHI.org

NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESCUELA: _____

Alergias: Sí NO En caso afirmativo, indique: _____

Anote todos los medicamentos que el paciente esté tomando, incluyendo recetas, vitaminas y medicamentos sin prescripción médica (Adjunte una hoja separada si es necesario)

Medicamentos	¿Para qué los toma?	Dosis	¿Con qué frecuencia los toma?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Otras Alergias que no son a medicamentos (como a los cacahuets, las picaduras de abeja, etc.) _____

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones o problemas de salud y describir cualquiera de los marcados:

- _____ Asma Fecha del último ataque de Asma: _____
- _____ Convulsiones Fecha de la última convulsión: _____
- _____ Problemas con la audición _____
- _____ Problemas de la vista _____
- _____ Anemia falciforme _____
- _____ Problemas cardíacos (explicar) _____
- _____ Trastornos de la coagulación (explicar) _____
- _____ Problemas ortopédicos (óseos o en las articulaciones) _____
- _____ Ansiedad / Depresión _____
- _____ Cirugías / Hospitalizaciones (Indicar con las fechas) _____
- _____ Otros _____
- _____ Historia Familiar (indicar la condición médica y parentesco) _____

¿EL PACIENTE CONSUME TABACO? _____ QUE TIPO: _____ CUANTO: _____

¿EL PACIENTE BEBE ALCOHOL? _____ QUE TIPO: _____ CUANTO: _____

Al firmar este formulario, yo afirmo lo siguiente

- La información que proporciono es correcta y está actualizada.
- Me comprometo a mantener al tanto de cualquier cambio a Health-e-Schools, lo más pronto que pueda.
- Este formulario es válido hasta que su revocación escrita sea recibida por el personal de Health-e-School o si es que el estudiante ya no está inscrito en el sistema escolar.

Si desea hablar con nuestro médico acerca de la salud de su hijo(a), por favor, póngase en contacto con Health-e-Schools al (828) 467-8815.

Firma: _____ Fecha: _____



120 Oak Avenue, Spruce Pine, NC 28777 828.467.8815

El horario de atención: 8:00 am - 3:00 pm de Lunes a Viernes durante todo el año escolar. Correo electrónico APPTS@CRHI.org

Estimado Padre o Apoderado,

Estamos muy contentos de anunciarles que Health-e-Schools está disponible en la escuela de su hijo(a). Usted tal vez escuchó a otros mencionarlo como "**La telemedicina**". Nuestra(o)s enfermera(o)s escolares han sido capacitada(o)s para trabajar con un proveedor en línea a través de una pantalla de computadora a salvo y segura, y el equipo para ver a los estudiantes si es necesario durante el día, mientras que están en la escuela. Podemos tratar enfermedades, brindar una atención urgente, y ayudar a los estudiantes con el tratamiento de condiciones médicas ya conocidas. Luego, trabajamos conjuntamente con el padre o tutor, las enfermera(o)s y el médico de atención primaria de su hijo(a) para brindar la mejor atención posible. Si el estudiante es atendido en la escuela y necesitará medicación, podemos enviar la receta a la farmacia que usa normalmente. Nuestro proveedor también estará en contacto con usted más tarde, ese día para discutir la visita y cualquier preocupación que tenga en cuenta. Usted tendrá acceso a su historial y otra información visitando nuestro portal de Internet en www.14072.portal.athenahealth.com una vez que el paciente ha sido evaluado por un médico. Aconsejamos a cada estudiante que utilice este servicio. Su seguro será facturado al igual que cuando usted visita a su médico y si usted tiene un copago, usted recibirá una factura por correo por la cantidad de su copago. También facturamos a Medicaid y NC Health Choice. Si su hijo no tiene seguro, coordinaremos con usted para asegurarnos de que él / ella reciba la misma atención asequible también. Las citas pueden ser programadas por correo electrónico a: appts@crhi.org, o por medio de la enfermera de la escuela. **Las enfermeras siempre llamarán a un padre o tutor antes de programar la cita con el estudiante para que vea a uno de nuestros proveedores. Para poder ayudar a su hijo(a), necesitaremos que complete el cuestionario de salud adjunto y el formulario de inscripción. Por favor asegúrese de completar ambos lados del formulario, firme y devuelva a la maestra o enfermera de su hijo(a).**

Podemos diagnosticar y tratar:

- **congestión nasal, alergias comunes, los síntomas del resfriado**
- **asma y espirometría**
- **La faringitis estreptocócica**
- **dolor de oído / infecciones**
- **Síntomas urinarios**
- **problemas de salud mental como el TDAH**
- **conjuntivitis ("ojo rojo")**
- **muchas otras condiciones y enfermedades comunes**

Si su hijo no tiene fiebre y no se le diagnostica una enfermedad contagiosa, se le permitirá terminar su día en la escuela. Las recetas recomendadas serán enviados a su farmacia. Una copia de la nota de la visita será enviada por fax a su médico de cabecera. El proveedor también puede enviar a la enfermera de la escuela una nota, si lo requiere.

Quedamos a la atenta espera de poder ayudarle a usted y a su estudiante , brindándole servicios de salud en su escuela. Aconsejamos a los padres que se contacten con Health-e-Schools en caso de preocupaciones médicas, para que podamos trabajar juntos para brindarle mejor atención a cada estudiante. Estamos siempre disponibles para sus preguntas o inquietudes y recibir sus comentarios. Por favor, visite nuestro sitio web, escribanos al correo electrónico o llame si necesita información adicional.

Atentamente, El Personal de Health-e-Schools.

Amanda Martin, Director Ejecutivo: Amanda.Martin@CRHI.org

El Dr. Steve North, MD MPH: Steve.North@CRHI.org

Tonya Hensley, Enfermera Especializada en Medicina General: Tonya.Hensley@CRHI.org

Lacey Jones, Director del Programa, Condados de Mitchell y Yancey : Lacey.Jones@CRHI.org

Christy Lewis, LPN, Director del Programa, Condado de McDowell: Christy.Lewis@CRHI.org

Allison Bell, Director del Programa, Condado de Burke: Allison.Bell@CRHI.org

James Sharp, Coordinador en condados de Mitchell y Yancey : James.Sharp@CRHI.org

Para más información por favor visite Health-e-Schools.com CRHI.org correo electrónico: APPTS@CRHI.org