

Niños Sanos, Mejores Estudiantes, Comunidades Prósperas.

Estimado Madre, Padre, o Guardián:

Yo he identificado que su hijo(a), _____, tiene las siguientes necesidades de salud _____. Su hijo(a) *puede ser elegible* para recibir servicios de salud **GRATIS** de **Healthy Learners (Aprendices Sanos)**, una organización sin ánimo de lucro basada en la fe que conecta los niños a cuidado médico para que la mala salud no sea un obstáculo para tener éxito 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 de Asma
- Cuidado de la Salud
- Cuidado de la salud mental/del comportamiento
- Coordinación de cuidados
- Transporte a Citas
- Asistencia con el proceso de solicitud de Medicaid

Healthy Learners puede servir a cualquier estudiante que yo refiero quien cumple con los requisitos de elegibilidad del programa. Cuando un estudiante se considera elegible para recibir servicios, **Healthy Learners** programará la(s) cita(s) de su hijo(a) y me notificará. Le informaré 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 día escolar para que usted no tenga que faltar a ningún trabajo. Una vez que se complete la cita, el miembro del personal de **Healthy Learners** devolverá a su hijo(a) a la escuela, me informará sobre los resultados de la cita y yo compartiré los resultados con usted.

Si desea que refiera a su hijo a **Healthy Learners**, complete (en bolígrafo) la documentación adjunta, **firmé** y **devuélvame** lo antes posible para que pueda determinar la elegibilidad de su hijo para los servicios de **Healthy Learners**. Su hijo(a) no puede recibir cuidado médico sin su permiso. **Healthy Learners** **debe** recibir la documentación completa de su hijo(a) antes de que los servicios puedan comenzar. No dude en ponerse en contacto conmigo en la escuela si tiene alguna pregunta. **Healthy Learners** también pueden ser contactados directamente a _____.

Gracias,

Enfermera escolar

SECCIÓN DE HEALTHY LEARNERS

SOLAMENTE:

Healthy Learners ID#:

- 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 # (Estudiante ID#)

10- dígitos Estudiante SUNS # (Estado ID #)

1. Nombre del Niño(a) <i>Primero</i> _____ <i>Segundo</i> _____ <i>Apellido</i> _____		2. Fecha de Nacimiento	
3. Número de Seguro Social		4. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
5. Etnicidad (Raza)		6. Dirección de Envío: Dirección de Correo Electrónico:	
7. ¿Cuál es la necesidad de salud de su hijo(a) en este momento (la razón de esta referencia a Healthy Learners)?		8. Escuela del Niño(a)	
9. Grado		10. Clase de Aula/Maestro de Aula	
11. ¿Su hijo(a) recibe almuerzo gratis o reducido? Por favor indique abajo. <input type="checkbox"/> Sí - Gratis <input type="checkbox"/> Sí - Reducido <input type="checkbox"/> No		12. ¿Su hijo(a) habla Inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. Nombre del Madre/Padre o Guardián Legal			
14. Número de Teléfono Primario		Número de Teléfono Alterno	
15. ¿Quién te habló de Healthy Learners? <input type="checkbox"/> Enfermera de la Escuela <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Otros padre <input type="checkbox"/> Alguien Más		16. ¿Un padre en la casa trabaja? <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No Trabaja/Desempleado	
17. ¿Cuántos adultos viven en su hogar ahora mismo? Incluyete a ti mismo. _____		18. ¿Cuántos niños viven contigo ahora mismo? Incluye al niño(a) en este formulario. _____	
19. ¿Tienes otros niños que necesitan nuestra ayuda? ____ Sí ____ No		20. ¿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: _____ ¿Ha caducado el Medicaid de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha solicitado Medicaid en los últimos tres (3) meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
21. ¿Tiene su hijo(a) un médico regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, nombre:</i> _____		22. ¿Tiene su hijo(a) un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, nombre:</i> _____	
23. Su hijo(a) es alérgico a algún medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <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		30. ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes problemas de salud que deberíamos explicarle al médico? Si no hay problemas de salud, circule 'Ninguno' a la derecha.	
		Ninguno	
		Sí	
		Sí	
24. ¿Toma su hijo(a) medicamentos a diario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo indique los medicamentos que toma o necesita su hijo:</i>		Alergias	
		Problemas auditivos	
		Asma	
		Problemas cardiacos	
		Déficit de atención o de atención e hiperactividad	
		Hipertensión	
25. ¿Alguna vez ha visto a su hijo(a) un médico especialista o un consejero de salud mental en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el nombre del médico:</i>		Problemas de conducta	
		Alergia al látex	
		Salud oral o dental	
		Obesidad o sobrepeso	
26. ¿Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía / operación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, indique el tipo:</i>		Depresión	
		Convulsiones	
		Diabetes	
		Drepanocitosis	
		Incapacidad	
		Problemas cutáneos	
27. ¿Ha estado su hijo(a) en la sala de emergencias del hospital en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo ¿por qué razón?</i>		Alergias a alimentos	
		Problemas estomacales o digestivos	
		Dolores de cabeza	
		Problemas visuales	
28. ¿Ha tenido su hijo(a) un examen de la vista en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por Quién / Dónde? _____		31. Otros problemas de salud no mencionados anteriormente (por favor indique):	
29. ¿Ha recibido su hijo(a) anteojos a través de Medicaid en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por Quién / Dónde? _____		32. ¿Hay antecedentes familiares de estas enfermedades?	
		Sí	
		Familiar y enfermedad	
		Ceguera	
		Sordera	
		Diabetes	
		Glaucoma	
		Cardiopatía	
		Hipertensión	

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 2749 Laurel Street, 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 rastrear el impacto y el éxito del programa Healthy Learners. Autorizo a Healthy Learners a solicitar, recibir y utilizar la información recibida 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 personal 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 APRENDICES SALUDABLES DAÑOSOS POR CUALQUIER LESIÓN, DISCAPACIDAD, MUERTE, PÉRDIDA o pérdida o daño a persona o propiedad, SI LO CAUSÓ LA NEGLIGENCIA DE APRENDICES SALUDABLES, 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 Hacia el Niño

Fecha