

School-Based Wellness Center
(Centro escolar para el bienestar general de los alumnos)

Carrie Downie Elementary

1201 Delaware Street
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2926

Eisenberg Elementary

27 Landers Lane
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)429-4074

New Castle Elementary

903 Delaware Street
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2880

Pleasantville Elementary

16 Pleasant Place
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2935

Wilmington Manor Elementary

200 E. Roosevelt Avenue
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2901

Castle Hills Elementary

502 Moores Lane
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)323-2915

Wilbur Elementary

4050 Wrangle Hill Road
Bear, DE 19701
Teléfono: (302)832-6330

Southern Elementary

795 Cox Neck road
New Castle, DE 19720
Teléfono: (302)832-6300

Estimados padres o tutores:

El Centro escolar para el bienestar general de los alumnos (*School-Based Wellness Center* - SBWC) es una asociación entre Nemours Children's Health y el Distrito escolar de Colonial. Esta es una invitación para inscribir a su hijo en el SBWC.

En el SBWC de la escuela de su hijo, la atención médica se ofrece a través de un médico o enfermero profesional y un psicólogo o un trabajador social clínico con licencia o un consejero profesional de salud mental con licencia.

Si desea inscribir a su hijo en el SBWC, debe presentar los siguientes documentos:

- **Información del seguro actualizada**, si su hijo cuenta con un seguro de salud. (Tenga en cuenta: No se le cobrará ningún copago, coseguro o deducible y no se rechazará a ninguna persona por su capacidad de pago).
- **Un formulario de consentimiento completo** (puede encontrarlo en este paquete).
- **Un formulario de inscripción del estudiante** y un **formulario de antecedentes médicos** (puede encontrarlo en este paquete). Los formularios de registro/inscripción completos se deben entregar lo antes posible en el SBWC.

Servicios que se ofrecen en el SBWC:

- Exámenes físicos
- Cribados
- Inmunizaciones
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Asesoramiento psicológico (individual, familiar y grupal)
- Intervención ante crisis y prevención del suicidio
- Educación para la salud y reducción de riesgos

Debe comprender que el pediatra de su hijo o el médico de familia continuará siendo el médico principal de su hijo. El SBWC no reemplaza al pediatra del niño ni al médico de familia; los médicos y enfermeros del SBWC trabajarán con el médico principal para cuidar a su hijo. El SBWC ofrece servicios que pueden sumarse a la atención que le brinda el médico principal. Cuando corresponda, y con su permiso, intentaremos compartir información médica con el médico de su hijo para prevenir la duplicación de los servicios de atención médica y para cuidar adecuadamente de su hijo. Si su hijo no tiene un médico, lo ayudaremos a encontrar uno.

Esperamos que inscriba a su hijo en el SBWC. De esta manera, podemos trabajar junto con usted y el médico de su hijo para mantenerlo sano y en la escuela. Anime al pediatra de su hijo o al médico de familia a comunicarse con el SBWC si tiene alguna pregunta. **Si usted tiene alguna duda o necesita más información, comuníquese con el SBWC.**

Atentamente,

Denise Hughes
Especialista en salud de la población
(302) 332-2642

School-Based Wellness Center
(Centro escolar para el bienestar general de los alumnos)

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE PARA RECIBIR SERVICIOS

Yo, _____, doy mi consentimiento para que _____

(Padre/Representante legal del estudiante)

(Nombre del estudiante)

reciba servicios de salud en el SBWC administrado por **Nemours Children's Health (Nemours)**.

Servicios que se ofrecen:

- Evaluaciones completas de salud (para estudiantes que no tienen un médico de atención primaria)
- Inmunizaciones
- Diagnóstico y tratamiento de afecciones médicas crónicas, leves y agudas
- Derivaciones y seguimiento para la atención especializada y servicios de salud dental y de la vista
- Tratamiento, terapia e intervención ante crisis de salud mental
- Derivación a servicios de salud mental y abuso de sustancias, incluyendo atención psiquiátrica de emergencia, y programas de apoyo y comunitarios

Al dar mi consentimiento para permitir que el estudiante participe del centro de atención SBWC:

1. He tenido la posibilidad de recibir y revisar el folleto de Notificación de prácticas de privacidad de Nemours, que se adjunta a este documento. *(Puede encontrarlo en el paquete).*
2. **Comprendo** que es posible que se facture al seguro por los servicios cubiertos y me comprometo a proporcionar la información del seguro antes de que se presten los servicios.
3. **Comprendo** que el SBWC no cobrará copagos ni habrá ningún otro gasto deducible por el uso de sus servicios.
4. **Comprendo** que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, pero las medidas que ya se hayan tomado antes de revocar este consentimiento quedarán exceptuadas. La revocación debe ser por escrito y se debe enviar al SBWC que esté asociado con la atención del niño.
5. **Comprendo** que el SBWC trabaja en colaboración con el Distrito escolar de Colonial. Como parte de esta colaboración, ambas partes pueden revisar y compartir toda la información, tanto oral como escrita, relacionada con mi hijo en la medida en que esa información sea necesaria. Esto incluye los registros médicos y escolares. También pueden conversar sobre las necesidades sociales y/o médicas pertinentes con el personal de la escuela de Colonial en busca del mayor beneficio para el niño y su familia.

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE PARA RECIBIR SERVICIOS

6. **Comprendo** que es posible que se recolecte, utilice y comparta información con otras personas, lo cual incluye grabaciones (fotografías, video, audio o medios electrónicos). Esto solo se realizará en la medida en que sea necesario para lo siguiente:
- Coordinación del tratamiento con los profesionales del cuidado de la salud;
 - Garantizar que los profesionales a quienes se me refiere cuenten con toda la información de salud necesaria;
 - Elegibilidad, facturación, administración de reclamos, necesidad médica y revisión de la utilización;
 - Reporte obligatorio de lesiones o enfermedades, como las enfermedades que se deben denunciar;
 - Reporte obligatorio para los registros, como cáncer y vacunación; e
 - Inclusión en Intercambios de Información de Salud.
7. **Acepto** que el personal de la escuela pueda acompañar a mi hijo para un examen médico.
8. **Reconozco** que toda la información que se incluye en el Formulario de antecedentes médicos y en este consentimiento es precisa y completa.
9. Telemedicina
- Comprendo que la "telemedicina" es la forma de ofrecer servicios de atención médica utilizando la tecnología de las comunicaciones para ayudar a evaluar, diagnosticar, consultar, educar, monitorear y administrar la atención y el tratamiento sin estar presente en el mismo lugar físico que el profesional de la salud.
 - Comprendo que una visita de telemedicina no es lo mismo que una visita en persona porque no estaré en la misma sala que el profesional de la salud. Comprendo que no seré tratado a través de telemedicina a menos que mi afección permita el uso de esta tecnología, ya que el profesional de la salud no podrá realizar algunos aspectos de un examen físico completo.
 - Comprendo que la tecnología de comunicaciones digitales puede incluir, entre otras cosas, audio o video de dos vías en tiempo real, y otras comunicaciones electrónicas o telecomunicaciones, incluyendo el monitoreo remoto de los pacientes, las videoconferencias seguras y los mensajes de texto seguros con el equipo de atención médica.
 - Comprendo que el uso de los servicios de telemedicina ofrece beneficios, incluyendo una evaluación y gestión médica cómoda, entre otros. También comprendo que existen riesgos al recibir tratamiento a través de la telemedicina, entre los que se encuentran la interrupción de la conexión de audio o video, que puede obligar a posponer la visita hasta más tarde y/o a realizar la visita por métodos alternativos y, en casos excepcionales, el acceso no autorizado a mi información confidencial. En caso de que ocurra una falla técnica, comprendo que debo comunicarme inmediatamente con la oficina del profesional de la salud o, si se trata de una emergencia, con el 911.

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE/PADRE PARA RECIBIR SERVICIOS

- Comprendo que las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina y que Nemours usa protocolos de seguridad para ayudar a proteger mi privacidad y garantizar que mis comunicaciones confidenciales solo se envíen a los integrantes del equipo de atención correspondientes.
- Comprendo que Nemours no grabará el audio o el video de mi visita de telemedicina sin mi consentimiento en el momento de la grabación.
- Doy mi consentimiento para que Nemours obtenga mi información de salud y me brinde servicios de atención médica a través de comunicaciones de telemedicina en el momento y el lugar en el que el profesional de la salud o un integrante calificado de mi equipo de atención determine que es adecuado y necesario.
- Comprendo que, en cualquier momento, puedo negarme a participar de los servicios de telemedicina o dejar de hacerlo y solicitar servicios alternativos, como una visita en persona.

10. El estudiante y yo hemos leído atentamente este consentimiento. Todas mis preguntas, si las hubo, fueron respondidas de manera satisfactoria. Comprendo que puedo llamar al Coordinador del SBWC si tengo alguna pregunta antes o después de firmar este Consentimiento para recibir servicios.

Al firmar más adelante, certifico que soy el padre o representante legal del estudiante cuyo nombre figura más atrás y que he leído las disposiciones de este consentimiento sobre los servicios que se ofrecen en el SBWC del estudiante y acepto, de forma voluntaria, que mi estudiante participe. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía de los resultados que se pueden obtener por los servicios o el tratamiento.

Firma del padre o representante legal: _____

Nombre en imprenta del padre o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____ **(AM/PM)**

*Nemours incluye: The Nemours Foundation, una corporación sin fines de lucro de Florida, sus divisiones operativas e instalaciones, y sus afiliadas y subsidiarias, incluidos Nemours Children's Hospital, Delaware; Nemours Children's Hospital, Florida; Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Bryn Mawr; y Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Deptford; así como todas las entidades que operan bajo el nombre de Nemours Children's Health.

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

100242

**Nombramiento de una persona responsable de tomar decisiones
en nombre del menor ante el SBWC**

Yo, _____, asigno a _____
(Padre/Representante legal) (Nombre de la persona responsable)

para tomar decisiones, en mi reemplazo, en nombre de _____
(Nombre del niño) (Fecha de nacimiento)

Autorizo a la persona mencionada más atrás a conversar y dar su consentimiento para la atención médica y el tratamiento de mi hijo.

Comprendo que este nombramiento continuará vigente mientras mi hijo sea un estudiante de cualquiera de las escuelas primarias del Distrito escolar de Colonial. Para cancelar este nombramiento, comuníquese con el SBWC (*el número se incluye en el paquete*).

Firma del padre o representante legal: _____

Nombre en imprenta del padre o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____ (AM/PM)

*Nemours incluye: The Nemours Foundation, una corporación sin fines de lucro de Florida, sus divisiones operativas e instalaciones, y sus afiliadas y subsidiarias, incluidos Nemours Children's Hospital, Delaware; Nemours Children's Hospital, Florida; Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Bryn Mawr; y Nemours Children's Hospital, Surgery Center, Deptford; así como todas las entidades que operan bajo el nombre de Nemours Children's Health.

Nombre del paciente:
MRN:
Fecha de nacimiento:

Formulario de inscripción del estudiante en el SBWC

Escuela: (marque con un círculo)					
Carrie Downie Elementary	Castle Hills Elementary	Eisenberg Elementary	New Castle Elementary		
Pleasantville Elementary	Southern Elementary	Wilbur Elementary	Wilmington Manor Elementary		
Grado: K 1 2 3 4 5			ID del estudiante (almuerzo):		
Apellido del paciente:		Nombre:		Segundo nombre:	
Identificación de género:	Masculino	Femenino	Masculino transgénero	Femenino transgénero	No desea responder
Domicilio:				Fecha de nacimiento:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:			
Idioma (marcar con un círculo)	Inglés	Español	Señas	Francés	Otro
¿Habla inglés?	No	No muy bien	Bien	Muy bien	No desea responder
Paciente de Nemours (marcar con un círculo): Sí No					
Necesita intérprete (marcar con un círculo): Sí No					
Etnia (marcar con un círculo):					
Puertorriqueño		Mexicano, Americano mexicano, Chicano		Cubano	
No hispano o latino		Otro hispano, latino o español		No desea responder	
Raza (marcar con un círculo):					
Indoamericano o nativo de Alaska		Indoasiático		Negro o afroamericano	
Filipino		Guamanian o Chamorro		Japonés	
Nativo de Hawaii		Samoano		Blanco o caucásico	
Otro asiático		Otro de las islas del Pacífico		Otro	
No desea responder					
Nombre completo Padre 1:			Fecha de nacimiento:		Tel. particular.:
Domicilio:			Celular:		
Ciudad:			Estado:		Código postal:
Tel. laboral:					
¿Tiene la custodia legal del paciente? Marque una opción. <input type="checkbox"/> Custodia completa <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> No tiene la custodia					
Nombre completo Padre 2:			Fecha de nacimiento:		Tel. particular:
Domicilio:			Celular:		
Ciudad:			Estado:		Código postal:
Tel. laboral:					
¿Tiene la custodia legal del paciente? Marque una opción. <input type="checkbox"/> Custodia completa <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> No tiene la custodia					
Nombre del representante legal (si no es la madre o el padre):			Fecha de nacimiento:		Tel. particular.:
Relación con el estudiante:					
Domicilio:			Celular:		
Ciudad:			Estado:		Código postal:
Tel. laboral:					
¿Tiene la custodia legal del paciente? Marque una opción. <input type="checkbox"/> Custodia completa <input type="checkbox"/> Custodia compartida <input type="checkbox"/> No tiene la custodia					

Nombre del paciente:
MRN:
Fecha de nacimiento:

Formulario de inscripción del estudiante en el SBWC

► Información del seguro de salud (OBLIGATORIA) –
Envíe una copia o una fotografía del frente y dorso de la tarjeta del seguro de salud por correo electrónico a SBHC@nemours.org

Fuente del pago para la atención. Marque una de las siguientes opciones:

- Sin seguro
- Proveedor de Medicaid: _____
Número de Medicaid: _____
- Seguro comercial: _____
Número de póliza: _____
Nombre del suscriptor: _____
Relación con el estudiante: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Delaware Healthy Children Program

Información del seguro de salud secundario:

- ____ Proveedor de Medicaid: _____
- ____ Número de Medicaid: _____
- ____ Seguro comercial: _____
Número de póliza: _____
Nombre del suscriptor: _____
Relación con el estudiante: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Siglas: K: Kindergarten; ID: Identificación;

Nombre del paciente:
MRN:
Fecha de nacimiento:

Formulario de antecedentes médicos del SBWC

El personal del SBWC necesita contar con los antecedentes médicos completos y precisos del estudiante para ofrecer atención de alta calidad. Complete este formulario de la mejor manera posible en letra de imprenta.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

¿Su hijo tiene alguna alergia? (alimentos, medicamentos, látex)

Sí No Si su respuesta es afirmativa, indique a qué. _____

Proporcione la siguiente información sobre los medicamentos que su hijo está tomando.

Nombre de los medicamentos	Motivo	Desde cuándo los toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del profesional de atención primaria: _____

Fecha del último examen físico: _____

Indique si su hijo ha tenido alguna de las siguientes afecciones:

- ADD/ADHD
- Anemia
- Asma
- Autismo
- Problemas genéticos/defectos de nacimiento
- Cáncer
- Parálisis cerebral
- Varicela
- Retrasos de desarrollo
- Diabetes
- Infección en los oídos
- Eccema
- Alergia a alimentos
- Reflujo gastroesofágico
- Problemas auditivos
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad renal/de vejiga
- Neumonía
- Nacimiento prematuro
- Infección reiterada del tracto urinario
- Enfermedad cardíaca reumática
- Alergia estacional
- Convulsiones
- Enf. de células falciformes
- Problemas intestinales/estomacales
- Tuberculosis
- Problemas en la vista

Siglas: ADD/ADHD: Trastorno de déficit de atención/Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad;

Si marcó alguna de las opciones anteriores, dé más detalles. _____

¿Alguna vez su hijo fue hospitalizado o recibió terapia para su salud emocional?

Sí No Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____
Motivo: _____

Nombre del paciente:

MRN:

Fecha de nacimiento:

Formulario de antecedentes médicos del SBWC

Marque cualquiera de las siguientes enfermedades que **LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA DE SU HIJO** (padres, hermanos, abuelos, tíos, etc.) hayan tenido e indique el integrante de la familia junto a la enfermedad.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Consumo de drogas _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno genético _____ | <input type="checkbox"/> Obesidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión _____ | <input type="checkbox"/> Enf. de células falciformes _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Colesterol elevado _____ | <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida congénita de la audición _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal/de vejiga _____ | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado/vesícula _____ | <input type="checkbox"/> Fallecimiento inexplicable _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Preocupaciones del padre/representante legal

Si tiene alguna preocupación, programe una visita al SBWC o llámenos al 1-302- 429-4083 para conversar sobre sus preocupaciones.

Si quiere recibir asistencia para establecer un seguro, buscar un médico o un dentista, comuníquese con el SBWC.

Completado por (Firma): _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Completado por (Nombre en imprenta): _____

Revisado por (Firma): _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM/PM

Revisado por (Nombre en imprenta): _____



Determinantes sociales de la salud

Actualizado el: 12/08/2020

Nombre del paciente :

Cumpleaños del paciente:

Fecha:

Aquí en Nemours, queremos darle el mejor cuidado posible a su niño y su familia. Muchas cosas en su vida pueden impactar la salud de su niño, como lo que come, cuan difícil pueda ser llegar hasta aquí, su trabajo, y si usted puede pagar por la medicina o tratamiento médico. Con estas preguntas, estamos aprendiendo como podemos servir mejor a los niños y las familias. Estas preguntas pueden ser personales, pero así como con todo su expediente médico, cualquier cosa que usted comparta será privada y confidencial. Estamos obligados por ley a reportar cualquier abuso.

Por favor, tome unos minutos para contestar las siguientes preguntas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Cuando haya terminado, por favor devuélvala a la persona que se la entregó, o en la recepción. Gracias!

¿Desea completar el formulario?

Sí

No

1. En los últimos 12 meses, ¿en algún momento se le terminaron los alimentos que había comprado y no tuvo dinero para comprar más?

Sí No

2. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo dificultad para pagar un médico, un dentista, o los medicamentos suyos o de su hijo?

Sí No

3. En los últimos 12 meses, ¿su hijo se quedó alguna vez sin medicamentos o faltó a una cita médica porque usted no tenía manera de llegar a la farmacia o al médico?

Sí No

4. En los últimos 12 meses, ¿le cortaron algún servicio público (electricidad, gas, agua, calefacción o teléfono) porque no pudo pagarlo?

Sí No

5. ¿Le preocupa el acceso confiable a Internet?

Sí No

6. En los últimos 12 meses, ¿usted o su hijo debieron quedarse en un refugio, en la casa de otras personas, en un hotel, en la calle, en la playa, en un automóvil o en un parque, aunque solo haya sido por una noche?

Sí No

7. Actualmente, ¿tiene problemas en el lugar donde vive, como moho, insectos, hormigas o ratas, caños o pintura con plomo, falta de calefacción o aire acondicionado, falta de detectores de humo, cocina u horno, o detectores de humo, cocina u horno que no funcionan, filtraciones de agua u otros problemas que requieran reparaciones?

Sí No

8. ¿Le preocupa poder perder su vivienda?

Sí No

9. ¿Le preocupa su acuerdo de custodia o de cuidado con parientes o el estado de inmigrante de su familia?

Sí No

10. En los últimos 12 meses, ¿usted o algún miembro de su familia fue golpeado, amenazado, abusado u hostigado?

Sí No

11. ¿Está preocupado por la seguridad, la violencia con armas de fuego, la limpieza o los delitos en su vecindario?

Sí No

12. ¿Le cuesta en algunos casos comprender lo que su médico o enfermero le dice sobre la salud y los medicamentos de su hijo?

Sí No

13. ¿Le cuesta en algunos casos comprender las instrucciones del médico y los documentos médicos?

Sí No

14. En los últimos 12 meses, ¿en algún momento su hijo necesitó ayuda y usted no tenía a quién recurrir (por ejemplo, para el transporte o el cuidado del niño)?

Sí No *Si responde: "Sí": ¿Podría explicar lo que ocurrió?*

¿Le interesa recibir información para tratar estas necesidades?

Sí

No