

It's fast and easy for your child to receive health care services through the NYC Health + Hospitals / Gotham Health School-based Health Center!

Dear Parent or Guardian:

We are happy to inform you that your child's school – PS 86 – has a School Based Health Center (SBHC)! The SBHC is staffed by Morrisania, a Gotham Health Center, licensed professionals consisting of medical and mental health providers.

Please know that your child can use the School-Based Health Center and see your other doctors as well. Signing this consent does not change your insurance, does not change your private doctor, and does not affect the number of times your child can see their primary doctor.

At the School Based Health Center, your child can receive the services listed below at no cost to you, regardless of insurance status. The SBHC is allowed to bill insurance, however there are no co-pays for you, and you do not receive a bill.

School Based Health Center Services include:

- Complete physical examinations
- Medications and prescriptions
- Medical laboratory tests; Immunizations
- Medical care, including treatment for acute and chronic conditions
- Age appropriate reproductive health care
- Health Education and Counseling
- Mental Health Counseling and services
- Screening for vision, hearing, asthma, obesity, and other medical conditions;
- Access to care 24 hours/day, 7 days/week

To register your child for the services of our School Based Health Center, please read and complete the following information on the attached enrollment form. Be sure to sign the Parental Consent form.

☺ Parental Consent Form

☺ HIPPA Authorization Form

Give the completed forms to your principal's office or directly to the School Based Health Center in room 102.

The School Based Health Center is located in room 102 of your child's school and is open every school day between the hours of 8:00am-4:00pm.

We look forward to meeting you and we look forward to providing health services to your child. Feel free to visit us at the School Based Health Center in room 102 or call us at 718.526.3589 for more information.

Sincerely,

Nica Cherry-Mompren, Nurse Practitioner
Morrisania / Gotham Health

Rosita Rivera, Principal
PS 86

Elet Howe, Sr. Associate Director
NYC Health + Hospitals / Gotham Health

Jody Goldberg, Medical Director
NYC Health + Hospitals / Gotham Health

Querido Padre o Encargado:

Es un placer informarle que la escuela de su hijo/a – PS 86 – tiene un Centro de Salud Escolar. El Centro de Salud Escolar es administrado por Morrisania, a Gotham Health Center. El Centro de Salud Escolar tiene profesionales de Morrisania con licencia que consiste de proveedores médicos y de salud mental.

Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar el centro de salud escolar y también ver a sus otros médicos. Su firma en esta autorización no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta la cantidad de visitas a su médico privado.

Su hijo/a puede recibir servicios notados aquí en nuestro Centro sin ningún costo a usted y sin importar si tiene o no seguro médico. Si su hijo/a tiene seguro médico, El Centro de Salud Escolar está permitido facturar a su compañía de seguro, sin embargo, no hay copagos para usted, y usted no recibirá una cuenta.

Los servicios incluyen:

- Exámenes físicos completos;
- Medicinas y recetas a su farmacia;
- Exámenes de laboratorio; Vacunas
- Servicios médicos, incluyendo tratamiento para condiciones urgentes o crónicas
- Servicios de la salud reproductiva apropiadas para la edad;
- Educación de la salud;
- Servicios de salud mental;
- Exámenes de la vista, de los oídos, del asma, de la obesidad, y de otras condiciones médicas;
- Evaluación y referidos para seguro médico;
- Acceso a servicios 24 horas al día, los 7 días de la semana

Para registrar su hijo/a para que reciban servicios médicos, un padre o un encargado debe leer y firmar los siguientes formularios.

- ☺ Consentimiento de los Padres
- ☺ Autorización para divulgar información médica de HIPAA

Por favor devuelva el formulario a la oficina del director de la escuela o directamente al Centro de Salud Escolar.

El Centro de Salud Escolar se encuentra en la habitación 102 de la escuela de su hijo/a. Las horas son de lunes a viernes entre las 8:00am-4:00pm.

Esperamos poder conocerle pronto y proporcionar los servicios médicos que su hijo/a requiere. Visítenos en el Centro de Salud Escolar en la habitación 102 o llámenos al 718.526.3589 para obtener más información.

Sinceramente,

Nica Cherry-Momprem, Nurse Practitioner
Morrisania / Gotham Health

Rosita Rivera, Principal
PS 86

Elet Howe, Sr. Associate Director
NYC Health + Hospitals / Gotham Health

Jody Goldberg, Medical Director
NYC Health + Hospitals / Gotham Health

NYC Health + Hospitals | Gotham Health
 School Based Health Center Parental Consent Form
 87-41 Parsons Blvd, rm 102, Jamaica, NY 11432

Please check off your child's school: [] PS 86 **Mother's maiden name:** _____

*Please know that your child can use the School-Based Health Center and see your other doctors.
 Signing this consent **does not** change your insurance, **does not** change your private doctor, and **does not** affect the number of times your child can see their private doctor.*

STUDENT INFORMATION	PARENT INFORMATION
<p>Student Last Name: _____ Student First Name: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____ <small>Month Day Year</small> Student Address: _____ _____ <small>City State Zip Code</small> Student email: _____</p> <p>*Student Social Security Number: _____ Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Grade _____ Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____ List the student's regular doctor, if they have one? Name: _____ Telephone: _____ Address: _____</p> <p>Indicate the Pharmacy where we can send prescriptions. Pharmacy: _____ Pharmacy Address: _____ Pharmacy Tel: _____</p> <p><small>*Indicates optional field: Used for insurance purposes only</small></p>	<p>Parent/ Legal Guardian: Last Name: _____ First Name: _____ Home/Work Tel: _____ Cell Phone: _____ Email: _____</p> <p>Parent/Legal Guardian: Last Name: _____ First Name: _____ Home/Work Tel: _____ Cell Phone: _____ Email: _____</p> <p>If legal guardian, relationship to the student: <input type="checkbox"/> Grandparent <input type="checkbox"/> Aunt/Uncle <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other: _____ Home/Work Tel: _____ Cell: _____ Email: _____ Preferred Language of Parent/ Guardian: _____</p>
ADDITIONAL EMERGENCY CONTACT	
<p>Name: _____ Relationship to Student: _____ Home or Work Tel: _____ Cell: _____</p>	

INSURANCE INFORMATION	
<p>Does your child have Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Medicaid ID # _____</p> <p>Does your child have Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: CHP # _____</p> <p>Which Plan? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Empire BC/BS Health Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health(HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> WellCare <input type="checkbox"/> United Healthcare</p>	<p>Does your child have other health insurance <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Health Plan: _____ Member ID/Policy Number: _____ Health Insurance Phone: _____</p> <p>If your child does not have health insurance, would you like a representative to contact you to assist with getting health insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, what is the best time to contact you? _____</p>

Box 1: PARENTAL CONSENT FOR SCHOOL BASED HEALTH CENTER SERVICES. Please sign Box 1 & 2.

I have read and understand the services listed on the next page (School-Based Health Center Services) and my signature provides consent for my child to receive services provided by the NYC Health + Hospitals/Gotham Health School-Based Health Center. By law, parental consent is not required for the conduct of mandated screenings, the application of first aid treatment, prenatal care, services related to sexual behavior and pregnancy prevention, and the provision of services where the health of the student appears to be endangered. Parental consent is not required for students who are 18 years or older or for students who are parents, married or legally emancipated. My signature indicates I have received a copy of the Notice of Privacy Practices. My signature also gives my consent to contact other providers who have examined my child.

X _____
 Signature of Parent/Guardian Date _____

Box 2: HIPAA COMPLIANT PARENTAL CONSENT FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION

I have read and understand the release of health information in Box 2 on reverse side of this form. My signature indicates my consent to release medical information as specified in the box 2 section only.

X _____
 Signature of Parent/Guardian Date _____

NYC Health + Hospitals | Gotham Health
Autorización de Padres Para Servicios del Centro De Salud
87-41 Parsons Blvd, rm 102, Jamaica, NY 11432

Por favor marque la escuela de su hijo/a: [] PS 86 Su apellido de soltera

Su hijo/a puede recibir servicios en El Centro de Salud Escolar además de los servicios que ya recibe de su médico privado. Su firmar en este Consentimiento no cambia su plan de seguro médico, no cambia su doctor privado, y no afecta las cantidad de visitas a su médico privado.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE	INFORMACION DE UNO DE LOS PADRES O TUTORES
<p>Apellido del estudiante: _____</p> <p>Nombre del estudiante: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: _____ Mes Día Año</p> <p>Dirección del estudiante: _____</p> <p>Correo electrónico del estudiante: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado: _____</p> <p>**Número de seguro social del estudiante: _____</p> <p>Grupo étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático/Indígena del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿Quién es el médico principal del estudiante, si tiene un médico? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p> <p>Indique la Farmacia donde podemos enviar recetas: Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____</p> <p>**Indica que esto es opcional y es solo para verificar el seguro</p>	<p>Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Padres/ Guardián legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Si es tutor legal, relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Padre/Madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____</p> <p>Contacto Adicional Para Casos de Emergencia: Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____ Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____</p>

INFORMACION DE SEGURO MEDICO	
<p>¿Tiene su hijo/a Medicaid? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; N.º de Identificación de Medicaid _____</p> <p>¿Tiene su hijo/a Child Health Plus? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; N.º de Identificación de CHP _____</p> <p>¿Qué plan tiene? <input type="checkbox"/> Affinity <input type="checkbox"/> Fidelis <input type="checkbox"/> Healthfirst <input type="checkbox"/> Metro Plus <input type="checkbox"/> Emblem Health (HIP/GHI) <input type="checkbox"/> Empire BCBS Health Plus <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Wellcare</p>	<p>¿Tiene su hijo/a otro seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de salud: _____</p> <p>Identificación del miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del seguro de salud: _____</p> <p>Si su hijo no tiene seguro de salud, ¿le gustaría que un representante te llame para ayudarlo a obtener un seguro de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Cuál es la mejor hora de comunicarse con usted? _____</p>

Caja 1: AUTORIZACION DE PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
<p>Leí y entiendo los servicios enumerados en la página siguiente (Servicios del Centro de Salud Escolar) y mi firma otorga Consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios proporcionados por el Centro Escolar de Salud, NYC Health + Hospitals/Gotham Health.</p> <p>AVISO: Por ley, no se requiere autorización de los padres' para conducir exámenes obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y la provisión de servicios donde la salud del estudiante parece estar en riesgo. No se requiere la autorización de los padres' para los estudiantes mayores de 18 años, los que son padres de familia o los que están legalmente emancipados. Mi firma indica que recibí una copia del Aviso de Normas de Privacidad. Mi firma también autoriza que el Centro de Salud puede tener contacto con otros proveedores que hayan examinado a mi hijo/a.</p> <p>X _____ Firma del Padre/Tutor</p> <p>Fecha _____</p>	
Caja 2: AUTORIZACION DE PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO MEDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION SOBRE LA SALUD	
<p>Leí y comprendo la divulgación de información médica en la página 2, caja 2 de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información sobre la salud tal como se especifica en la caja 2 solamente.</p> <p>X _____ Firma del Padre/Tutor</p> <p>Fecha _____</p>	

POR FAVOR CERCÍOARSE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO

THIS FORM MAY NOT BE USED FOR RESEARCH OR MARKETING, FUNDRAISING OR PUBLIC RELATIONS AUTHORIZATIONS

PATIENT NAME/ADDRESS		DATE OF BIRTH	PATIENT SSN
		MEDICAL RECORD NUMBER	TELEPHONE NUMBER
NAME OF HEALTH PROVIDER TO RELEASE INFORMATION Primary Care Physician or Specialty Physician		SPECIFIC INFORMATION TO BE RELEASED: n/a Information Requested: • 1. Immunizations, Vision, Hearing & TB results; 2. Diagnosis of certain communicable diseases; 3. Chronic Illness Care; 4. Health Insurance Coverage; 5. New entrant exam (form CH-205) Treatment Dates from <u>Date Consent Signed</u> to <u>End of School Enrollment</u>	
NAME & ADDRESS OF PERSON OR ENTITY TO WHOM INFO. WILL BE SENT NYC Health + Hospitals Gotham Health PS 86 School Based Health Center		INFORMATION TO BE RELEASED (if the box is checked, you are authorizing the release of that type of information). Please note: unless all of the boxes are checked, we may be unable to process your request. <input type="checkbox"/> Alcohol and/or Substance Abuse Program Information <input type="checkbox"/> Mental Health Information <input type="checkbox"/> Genetic Testing Information <input type="checkbox"/> HIV/AIDS-related Information	
REASON FOR RELEASE OF INFORMATION <input type="checkbox"/> Legal Matter <input type="checkbox"/> Individual's Request <input checked="" type="checkbox"/> Other (please specify): <u>Coordination of Medical Care</u>		WHEN WILL THIS AUTHORIZATION EXPIRE? (Please check one) End of school enrollment <input checked="" type="checkbox"/> Event: _____ <input type="checkbox"/> On this date: _____	

I, or my authorized representative, authorize the use or disclosure of my medical and/or billing information as I have described on this form.

I understand that my medical and/or billing information could be re-disclosed and no longer protected by federal health information privacy regulations if the recipient(s) described on this form are not required by law to protect the privacy of the information.

I understand that if my medical and/or billing records contain information relating to ALCOHOL or SUBSTANCE ABUSE, GENETIC TESTING, MENTAL HEALTH, and/or CONFIDENTIAL HIV/AIDS RELATED INFORMATION, this information will not be released to the person(s) I have indicated unless I check the box(es) for this information on this form.

I understand that if I am authorizing the use or disclosure of HIV/AIDS-related information, the recipient(s) is prohibited from using or re-disclosing any HIV/AIDS-related information without my authorization, unless permitted to do so under federal or state law. I also understand that I have a right to request a list of people who may receive or use my HIV/AIDS-related information without authorization. If I experience discrimination because of the use or disclosure of HIV/AIDS-related information, I may contact the New York State Division of Human Rights at 212.480.2493 or the New York City Commission of Human Rights at 212.306.7450. These agencies are responsible for protecting my rights.


I understand that I have a right to refuse to sign this authorization and that my health care, the payment for my health care, and my health care benefits will not be affected if I do not sign this form. I also understand that if I refuse to sign this authorization, NYC Health + Hospitals cannot honor my request to disclose my medical and/or billing information.

I understand that I have a right to request to inspect and/or receive a copy of the information described on this authorization form by completing a Request for Access Form. I also understand that I have a right to receive a copy of this form after I have signed it.

I understand that if I have signed this authorization form to use or disclose my medical and/or billing information, I have the right to revoke it at any time, except to the extent that NYC Health + Hospitals has already taken action based on my authorization or that the authorization was obtained as a condition for obtaining insurance coverage.

To revoke this authorization, please contact the facility Health Information Management department processing this request.

I have read this form and all of my questions have been answered. By signing below, I acknowledge that I have read and accept all of the above.

SIGNATURE OF PATIENT OR PERSONAL REPRESENTATIVE 	IF NOT PATIENT, PRINT NAME & CONTACT INFORMATION OF PERSONAL REPRESENTATIVE SIGNING FORM
	DESCRIPTION OF PERSONAL REPRESENTATIVE'S AUTHORITY TO ACT ON BEHALF OF PATIENT

If NYC Health + Hospitals has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.

NYC HEALTH + HOSPITALS USE ONLY	
Date Received:	Initials of HIM Employee processing request:
Date Completed:	Comments:

ESTE FORMULARIO NO PUEDE SER UTILIZADO CON FINES DE INVESTIGACIÓN, MERCADEO, RECAUDACIÓN DE FONDOS NI RELACIONES PÚBLICAS

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	SSN DEL PACIENTE
		NÚMERO DE REGISTRO MÉDICO	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS QUE DIVULGARÁ LA INFORMACIÓN Médico de atención primaria o médico especialista		INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ: N/A Información solicitada 1. Vacunas. Resultados de exámenes de la vista, la audición y la tuberculosis; 2. Diagnósticos de ciertas enfermedades contagiosas; 3. Cuidado de enfermedades crónicas; 4. Información sobre seguro médico para la facturación; 5. Formulario de examen físico para nuevos. Fechas de tratamiento desde la fecha en que se firmó hasta la graduación/fin de inscripción en la clínica	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE SE ENVIARÁ LA INFORMACIÓN NYC Health + Hospitals Gotham Health PS 86 School Based Health Center		INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ (Si usted marca algún casillero, significa que está autorizando la divulgación de ese tipo de información.) Importante: Es necesario que todas las casillas estén marcadas para poder procesar la solicitud. <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o sustancias adictivas <input type="checkbox"/> Información sobre salud mental Información del programa <input type="checkbox"/> Información sobre pruebas genéticas <input type="checkbox"/> Información relacionada con el VIH/SIDA	
MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Solicitud de la persona <input checked="" type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): Coordinación de atención médica		FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN (Marque sólo una opción) <input checked="" type="checkbox"/> Evento: fin de inscripción en la clínica <input type="checkbox"/> En esta Fecha: _____	

Yo, o mi representante, autorizo el uso o divulgación de mi información médica o de facturación, según se describe en este formulario.

Sé que mi información médica o de facturación puede volver a ser divulgada y, por consiguiente, quedar desprotegida de reglamentaciones federales que la preservan, si los destinatarios descritos en este formulario carecen de la obligación legal de mantener la información bajo reserva.

Sé que si mis registros médicos o de facturación contienen información relativa a ABUSO DE ALCOHOL o SUSTANCIAS ADICTIVAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SALUD MENTAL o DATOS CONFIDENCIALES SOBRE VIH/SIDA; esta información no será divulgada a las personas que he señalado, a menos que marque los casilleros correspondientes de este formulario.

Sé que si autorizo el uso o divulgación de información relativa al VIH/SIDA, los destinatarios tendrán prohibido utilizarla o volver a divulgarla sin mi autorización; a menos que estén autorizados a hacerlo conforme a leyes estatales o federales. También sé que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar información sobre mi persona relativa al VIH/SIDA sin autorización previa. Si soy sujeto de discriminación, fruto del uso o divulgación de información relativa al VIH/SIDA, puedo comunicarme telefónicamente con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al 212 480-2493 o bien con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al 212 306-7450. Estos organismos tienen la obligación de proteger mis derechos.

Sé que tengo derecho a no firmar esta autorización, y que tal decisión no afectará mi atención médica, pagos afines ni beneficios de salud. También sé que si me niego a firmarla, NYC Health + Hospitals no podrá dar curso a mi solicitud de divulgar información médica o de facturación sobre mi persona.

Sé que tengo derecho a solicitar la inspección o recepción de una copia de la información descrita en este formulario de autorización, para lo cual debo completar un Formulario de solicitud de acceso. También sé que tengo derecho a recibir una copia de este formulario una vez que lo haya firmado.

Sé que si he firmado este formulario de autorización para utilizar o divulgar mi información médica o de facturación, tengo derecho a revocar tal autorización en cualquier momento, salvo en aquellos casos en que la NYC Health + Hospitals ya haya procedido basándose en mi autorización, o que ésta haya sido obtenida como requisito para obtener una cobertura de seguro.

Para revocar esta autorización, por favor comuníquese con el departamento de Administración de información sobre la salud del establecimiento que procesa esta solicitud.

He leído este formulario y he recibido respuestas satisfactorias a todas las preguntas que he tenido. Mi firma al pie certifica que he leído y que acepto todo lo estipulado anteriormente.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE PERSONAL	SI NO FIRMA EL PACIENTE, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE FIRMA ESTE FORMULARIO
FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD QUE TIENE EL REPRESENTANTE PERSONAL PARA OBRAR EN REPRESENTACIÓN DEL PACIENTE

SI NYC Health + Hospitals ha solicitado esta autorización, el paciente o su representante personal deberán recibir una copia firmada de este formulario.
(If NYC Health + Hospitals has requested this authorization, the patient or his/her Personal Representative must be provided a copy of this form after it has been signed.)

NYC HEALTH + HOSPITALS USE ONLY	
Date Received: _____	Initials of HIM employee processing request: _____
Date Completed: _____	Comments: _____

Student's Name: _____

Date of Birth: _____

Does your child have any allergies to medications or food? Yes No

Name of Medication (s): _____

Name of Food (s): _____

Does your child take any medication (s) daily? Yes No

Medication (s) and Dosage: _____

Does your child have a latex allergy? Yes No

Past Illnesses: Please check all past illnesses that your child has had:

- | | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Chicken Pox | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Pneumonia | <input type="checkbox"/> Rubella |
| <input type="checkbox"/> Urinary Tract Infections | <input type="checkbox"/> Other Illness: | | | |

Does your child have any health problems (past or present)? Please check any that your child has or had:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Behavioral Problems | <input type="checkbox"/> Bone Problems |
| <input type="checkbox"/> Bleedings | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Chest Pain | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis | <input type="checkbox"/> Dental Problems | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Dizziness/Fainting | <input type="checkbox"/> Ear Infections | <input type="checkbox"/> Emotional Problems | <input type="checkbox"/> Frequent Colds/Coughs |
| <input type="checkbox"/> Frequent Sore Throats | <input type="checkbox"/> Headaches/Migraines | <input type="checkbox"/> Hearing Problems | <input type="checkbox"/> Heart Disease/Problems |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Intestinal Disease |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Lead Poisoning | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Menstruation Problems |
| <input type="checkbox"/> Overweight/Underweight | <input type="checkbox"/> Sickle Disease/Trait | <input type="checkbox"/> Skin Rashes | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath |
| <input type="checkbox"/> Stomach Ache | <input type="checkbox"/> Vision Problem | <input type="checkbox"/> Thyroid Problems | <input type="checkbox"/> Others: |

Hospitalization (s): Has your child ever been hospitalized? Yes No

Date	Name of Hospital	Reason
_____	_____	_____

Family Medical Problems: Does/did your child's relatives (alive/deceased) have any of the following medical problems?

Problem	Relation to child	Deceased	
<input type="checkbox"/> Asthma	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Heart Disease	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Epilepsy	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> High Blood Pressure	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Sudden Death	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> None	_____	Y	N

*Please tell us about any other concerns you may have regarding your child: _____

Signature: _____

Date: _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Su hijo(a) es alérgico(a) a algún medicamento o alimento? Sí No

Nombre de los medicamentos: _____

Nombre de los alimentos: _____

¿Su hijo(a) toma algún medicamento diariamente? Sí No

Medicamentos y dosis: _____

¿Su hijo(a) es alérgico(a) al látex? Sí No

Enfermedades anteriores: Marque todas las enfermedades anteriores que ha tenido su hijo(a):

- Paperas Varicela Meningitis Sarampión Tuberculosis
 Fiebre reumática Hepatitis Mononucleosis Neumonía Rubeola
 Infecciones del tracto urinario Otra enfermedad: _____

¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud? (pasado o presente) Por favor, marque cualquier problema que su hijo(a) tenga o haya tenido:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas conductuales | <input type="checkbox"/> Problemas óseos |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Problemas odontológicos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Mareos/desmayos | <input type="checkbox"/> Infecciones en el oído | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Resfríos/tos frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Enfermedades/problemas cardíacos |
| <input type="checkbox"/> Sopro cardíaco | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Enfermedades intestinales |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades renales | <input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo | <input type="checkbox"/> Enfermedades hepáticas | <input type="checkbox"/> Problemas con la menstruación |
| <input type="checkbox"/> Sobrepeso/bajo de peso | <input type="checkbox"/> Rasgo/anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Sarpullidos | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolor de panza | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Problemas tiroideos | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Hospitalizaciones: ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido hospitalizado(a)? Sí No

<u>Fecha</u>	<u>Nombre del hospital</u>	<u>Motivo</u>
_____	_____	_____

Problemas médicos familiares: ¿Algún pariente (vivo o fallecido) de su hijo(a) sufre o sufrió alguno de los siguientes problemas médicos?:

Problema	Parentesco con su hijo	Fallecido	
		Y	N
<input type="checkbox"/> Asma	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Epilepsia	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Muerte súbita	_____	Y	N
<input type="checkbox"/> Ninguno	_____		

*Por favor, cuéntenos sobre cualquier otra inquietud que tenga sobre su hijo(a): _____

Firma: _____ Fecha: _____

NYC Health + Hospitals | Gotham Health
 School Based Health Center Parental Consent Form
 41 Parsons Blvd, rm 102, Jamaica, NY 11432

SCHOOL BASED HEALTH CENTER SERVICES

BOX 1

I consent for my child to receive health care services provided by the State-licensed health professionals of NYC Health + Hospitals/Gotham Health as part of the school health program approved by the New York State Department of Health. I understand that confidentiality between the student and the health provider will be ensured in specific service areas in accordance with the law, and that pupils will be encouraged to involve their parents or guardians in counseling and medical care decisions. School-Based Health Center services may include, but are not limited to:

1. Mandated school health services, including: screening for vision (including eye glasses), hearing, asthma, obesity, scoliosis, Tuberculosis and other medical conditions, first aid, and required and recommended immunizations.
2. Comprehensive physical examination (complete medical examination) including those for school, sports, working papers, and new admissions.
3. Medically prescribed laboratory tests such as for anemia, sickle cell, and diabetes.
4. Medical care and treatment, including diagnosis of acute and chronic illness and disease, and dispensing and prescribing of medications.
5. Mental health services including evaluation, diagnosis, treatment, and referrals.
6. For Adolescent Students: Reproductive health care services, including abstinence counseling, contraception [dispensing of birth control pills, condoms, Depo (the shot); LARC, other FDA approved methods] testing for pregnancy, STI screening and treatment, HIV testing, and referrals for abnormal results, as age appropriate and medically indicated.
7. Health education and counseling for the prevention of risk-taking behaviors such as: drug, alcohol, and smoking abuse, as well as education on abstinence and prevention of pregnancy, sexually transmitted infections, and HIV, as age appropriate and medically indicated.
8. Dental examinations including: diagnosis, treatment, and sealants where available.
9. Referrals for service not provided at the school-based health center.
10. Annual health questionnaire/survey.

**NEW YORK CITY DEPARTMENT OF EDUCATION'S
 FACT SHEET FOR PARENTAL CONSENT FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION
 HIPAA COMPLIANT PARENTAL CONSENT FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION**

BOX 2

My signature on the reverse side of this form authorizes release of medical information as specified below. This information may be protected from disclosure by federal privacy law and state law.

By signing this consent, I am authorizing medical information as specified below to be given to the Board of Education of the City of New York (a/k/a New York City Department of Education), either because it is required by law or by Chancellor's regulation, or because it is necessary to protect the health and safety of the student. Upon my request, the facility or person disclosing this medical information must provide me with a copy of this form. Parents are required by law to provide certain information to the school, like proof of immunization. Failure to provide this information may result in the student being excluded from school.

My questions about this form have been answered. I understand that I do not have to allow release of my child's medical information, and that I can change my mind at any time and revoke my authorization by writing to the School-Based Health Center. However, after a disclosure has been made, it cannot be revoked retroactively to cover information released prior to the revocation.

I authorize the NYC Health + Hospitals/Gotham Health School-Based Health Center to release specific medical information of the student named on the reverse page to the Board of Education of the City of New York (a/k/a New York City Department of Education).

I consent to the release from the School-Based Health Center to the NYC Department of Education and from the NYC Department of Education to the School-Based Health Center, of medical information outlined below in order to meet regulatory requirements and ensure that the school has information needed to protect my child's health and safety. I understand that this information will remain confidential in accordance with Federal and State law and Chancellor's Regulations on confidentiality:

Information Required by Law or Chancellor's Regulation including but not limited to:

- * Comprehensive Physical Exam (Form CH-205 or Equivalent such as sports exams, etc.)
- * Immunizations (required /recommended)
- * Vision and hearing screening results
- * Tuberculin test results

Information to Protect Health and Safety:

- * Conditions which may require emergency medical treatment including chronic illness
- * Conditions which limit a student's daily activity
- * Diagnosis of certain communicable diseases (NOT including HIV infection/STI and other confidential services protected by law).
- * Health insurance coverage
- * Enrollment in School-Based Health Center
- * Individualized Education Program (IEP)

Time Period During Which Release of Information is Authorized:

From: Date that form is signed on opposite page To: Date that student is no longer enrolled in the SBHC

NOTE: This School Based Health Center Parental Consent Form has been approved by DOE/OSH

CAJA 1 SERVICIOS DEL CENTRO ESCOLAR DE SALUD

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de atención médica a cargo de profesionales de salud licenciados por el Estado de NYC Health + Hospitals/Gotham Health como parte del programa escolar de salud aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que de conformidad con la ley, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud quedará asegurada en las áreas específicas de servicio, y que a los alumnos se les motivará para que incorporen a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y cuidados médicos. Los servicios del Centro Escolar de Salud pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios obligatorios escolares de salud, que comprenden: examen de la vista (incluidos lentes correctivos), oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis, y otros problemas de salud, primeros auxilios, y las vacunas requeridas y recomendadas.
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, los deportes, la documentación para obtener empleo y las nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio recetados, para situaciones médicas tales como anemia, enfermedad de células falciformes y diabetes.
4. Cuidados médicos y tratamientos que incluyen diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas y suministro y receta de medicamentos.
5. Servicios de salud mental que incluyen evaluación, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
6. **Para los Estudiantes Adolescentes:** Servicios para el cuidado de la salud relacionada con la reproducción, que incluye orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección *Depo-Provera*, entre otros métodos), prueba del embarazo, control y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente, análisis del VIH y recomendaciones ante resultados anormales, de acuerdo con la edad.
7. Educación y asesoramiento sobre la salud para la prevención de comportamientos de alto riesgo tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación relacionada con la abstinencia en relaciones sexuales y prevención del embarazo, infecciones transmitidas sexualmente y el VIH, de acuerdo con la edad.
8. Exámenes dentales, entre ellos diagnóstico, tratamiento y amalgamas en caso de que estén disponibles.
9. Recomendaciones de servicios no proporcionados por el centro de salud escolar.
10. Cuestionario y encuesta anual sobre la salud.

CAJA 2

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
HOJA DE DATOS SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA QUE SE DIVULGUE INFORMACIÓN DE SALUD
AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO
MÉDICO (HIPAA) PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información de salud. Las leyes federales y estatales de privacidad, podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este consentimiento, autorizo a que se entregue información de salud a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York), ya sea porque lo requiera la ley o una disposición de la Canciller, o porque sea necesario proteger la salud y la seguridad del estudiante. Si lo solicito, la entidad o persona que divulgue esta información médica debe proporcionarme una copia de este formulario. Por ley, los padres deben darle a la escuela cierta información, como por ejemplo, un certificado de vacunación. La negativa a entregar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

Mis preguntas sobre este formulario han sido respondidas. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información médica de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro Escolar de Salud. Sin embargo, después de que la información haya sido divulgada, no es posible revocarla de manera retroactiva para proteger la información divulgada antes de la revocación.

Autorizo al Centro de Salud Escolar NYC Health + Hospitals/Gotham Health para que información médica específica del estudiante mencionado en el dorso de la página se le entregue a la Junta de Educación de la Ciudad de Nueva York (también conocida como el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York).

Autorizo la divulgación de la información médica que figura a continuación del Centro Escolar de Salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York y del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York al Centro Escolar de Salud a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y cerciorarse de que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y seguridad de mi hijo. Comprendo que esta información permanecerá confidencial de acuerdo con la ley Federal y Estatal y las disposiciones de la Canciller sobre confidencialidad:

Información requerida por ley o por Disposición de la Canciller pero no limitado a:

- 1) Examen físico (Formulario CH-205 o equivalente por ejemplo exámenes físicos para deportes)
- 2) Inmunizaciones
- 3) Resultados de exámenes de vista y oído
- 4) Resultados del examen de tuberculina

Información para proteger la salud y la seguridad

- 1) Condiciones que pueden requerir emergencia incluyó enfermedad crónica
- 2) Condiciones que limitan la actividad diaria de un estudiante (formulario 103)
- 3) Diagnóstico de ciertas enfermedades contagiosas (excluyendo la infección del VIH o enfermedades de transmisión sexual y otros servicios confidenciales y protegidos por ley.)
- 4) Cobertura del seguro médico
- 5) Inscripción en el Centro Escolar de Salud (SBHC)
- 6) Programa de Educación Individualizado (IEP)

Período de tiempo durante el cual se autoriza la divulgación de información:

Desde: Fecha en que se firma el formulario en la página opuesta

Hasta: Fecha en la que el estudiante deja de estar inscrito en el SBHC

NOTA: Este Formulario del Centro de Salud Escolar está aprobado por DOE/OSH

POR FAVOR CERCÍÓRESE DE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE CONSENTIMIENTO