



LOCATIONS TO OBTAIN A PHYSICAL AND IMMUNIZATIONS
Contact your child's healthcare provider or call one of the following:

New Haven Public School's School Health Centers. Enrollment required. Enrollment does not replace your child's primary care doctor. Open during school hours at the following locations. Student must attend same school of school based health clinic to apply.

<u>School</u>	<u>Number</u>
Barnard	475-220-3515
Bishop Woods	475-220-7355
Brennan Rogers	475-220-2216
Career	475-220-5015
Clemente	475-220-7617
Clinton Ave.	475-220-3318
Davis	475-220-7815
Fair Haven	475-220-2643
Hill Central	475-220-6119
Hillhouse	475-220-7555
King Robinson	475-220-2715
Lincoln Bassett	475-220-8516
Martinez	475-220-2017
Mauro Sheridan	475-220-2815
Troup	475-220-3076
Truman	475-220-2122
Wilbur Cross	475-220-7444

New Haven Health Department Clinic 54 Meadow Street, 1 st Floor New Haven, CT 06519 203-946-8181	Cornell Scott Hill Health Center 428 Columbus Ave New Haven CT, 06519 203-503-3000	Fair Haven Community Health Care 374 Grand Ave New Haven CT 06513 203-777-7411
---	--	--



LUGARES PARA OBTENER UN EXAMEN FÍSICO Y VACUNAS
Comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo
o llame a uno de los siguientes:

Centros de Salud Escolar de las Escuelas Públicas de New Haven: Se requiere inscripción. La inscripción no reemplaza al médico de atención primaria de su hijo. Abierto durante el horario escolar en los siguientes lugares. El estudiante debe asistir a la misma escuela o a la clínica de salud escolar para presentar la solicitud.

<u>Escuela</u>	<u>Número</u>
Barnard	475-220-3515
Bishop Woods	475-220-7355
Brennan Rogers	475-220-2216
Career	475-220-5015
Clemente	475-220-7617
Clinton Ave.	475-220-3318
Davis	475-220-7815
Fair Haven	475-220-2643
Hill Central	475-220-6119
Hillhouse	475-220-7555
King Robinson	475-220-2715
Lincoln Bassett	475-220-8516
Martinez	475-220-2017
Mauro Sheridan	475-220-2815
Troup	475-220-3076
Truman	475-220-2122
Wilbur Cross	475-220-7444

New Haven Health
Department Clinica
54 Meadow Street, 1st Floor
New Haven, CT 06519
203-946-8181

Cornell Scott Hill Health
Center
428 Columbus Ave
New Haven CT, 06519
203-503-3000

Fair Haven Community
Health Care
374 Grand Ave
New Haven CT 06513
203-777-7411



NEW HAVEN PUBLIC SCHOOLS
SCHOOL HEALTH CENTER PERMISSION FORM

New Haven Public Schools operates 17 school health centers (SHC) located in K-8 and high schools. All students enrolled in their school's SHC are eligible to receive services. The SHC providers do not replace your child's regular health/mental health providers. NHPS works with community health partners to staff the SHCs during the school day so that students and parents need not miss school or work unnecessarily, and the SHC staff consult with your regular providers when needed. Our community partners include: Yale-New Haven Hospital, Fair Haven Community Health Center, Cornell Scott Hill Health Center, New Haven Health Department, and Clifford Beers Guidance Clinic. All services are free to students (no cost/fees to families), though billable services may be submitted directly to your insurance companies. All students under age 18 must have a parent permission form completed/signed by a parent/guardian to receive services in a SHC.

SHCs are staffed by a team of licensed professionals that usually include a medical provider (nurse practitioner or physician assistant), a social worker and an office manager/clerk. The medical provider offers preventive medical services like immunizations and physical exams, acute care such as diagnosing, treatment and follow-up of illnesses and injuries, and management of chronic conditions like Asthma and Diabetes. The social worker provides assessment, individual/group/family counseling, student support groups, crisis intervention, and short/long term therapy as needed. All SHC providers work closely with the family, community providers, and with the school nurse and school staff to ensure that students get the care they need at school, or through community support services. To enroll your child/ren in the SHC, please complete and sign one permission form for each child at this school, and be sure all information on the front and back of this permission form is complete.

School: _____ Date: _____ Grade: _____ HRM Teacher: _____

Child's name: _____ female _____ Male _____ Student ID _____

Address: _____ City: _____ Zipcode _____

Child's Ethnicity/Race:
_____ Hispanic/Latino _____ Not Hispanic/Latino

Race:
_____ Black or African American _____ White _____ Asian _____ Other _____
_____ American Indian or Alaskan Native _____ Native Hawaiian/Other Pacific Islander _____ Unknown

Religion(optional) _____

Child's Social Security #: _____ Birth Date: ____/____/____

Mother/Father or Guardian Name: _____

Primary Home Address: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Cell: _____

Parents: _____ Married _____ Divorced _____ Separated _____ Mother Deceased _____ Father Deceased _____ Single

Who lives with Student: (check all that apply)

_____ Mother _____ Father _____ Step Mother _____ Step Father _____ Sisters _____ Brothers _____ Other _____

Emergency contact (Please provide the names of two adults to notify in an emergency, if you are not available):

Contact Name: _____ Phone # _____ Relationship _____

Contact Name: _____ Phone # _____ Relationship _____

Preferred Language: _____

Parent: _____ Need Interpreter? _____ Yes _____ No

Type of Insurance (check all that apply and complete information below on your child's insurance coverage)

_____ Medicaid _____ Husky A _____ Husky B _____ Private/Commercial Insurance _____ Dental _____ No Insurance

MEDICAID OR HUSKY INSURANCE:

Insurance ID #: _____ Name of Managed Care Health Plan: _____

PRIVATE/COMMERCIAL INSURANCE:

Policy Holder's Name: _____ Relationship to Student: _____

Date of Birth: _____ SS# _____

Policy Holder's Address: _____ Policy #: _____

Insurance Carrier Name and Address: _____

Employer Name _____ Occupation: _____

Employer address: _____ City _____ State _____ Zip _____

Where do you usually get your child's medical care?

- Community Health Center, Hospital Clinic, Other Type, Unknown, Emergency Room, Military Clinic, Private Doctor, Walk-in-Clinic, Health Department Clinic, NoRegular Source, School Based Health Center

Name of child's Primary Health Provider: Phone: Date of last Physical Exam:
Name of Child's Dentist: Phone: Date of last Dental Exam:
Preferred Pharmacy: Name/Address: Phone:

NEW HAVEN PUBLIC SCHOOLS - SCHOOL HEALTH CENTERS

Table with 4 columns: School Name, Phone, School Name, Phone, School Name, Phone. Includes Clinton Avenue, Brennan-Rogers, Lincoln-Bassett, Davis Street, Truman, Domus Academy, Fair Haven, King-Robinson, Roberto Clemente, Mauro-Sheridan, Troup, Riverside Academy, Hillhouse, Wilbur Cross, Career, Hill Central, Barnard, John S. Martinez.

SCHOOL HEALTH CENTER SERVICES AVAILABLE TO STUDENTS:

Ages 3-18:

- School Physical Exams
Treatment of Asthma, Anemia, Acne and Other Health Problems
Nutrition and Weight Counseling
Referral for Specialty Care
Immunizations
Mental Health Individual and Group Counseling
Diagnosis and Treatment of Minor Illness/Injuries
Issue-oriented Support Groups
Substance Abuse Education/Counseling
Crisis Intervention

Ages 12-18:

- HIV/AIDS/STD Education, Counseling and Testing
HIV/STD Prevention (including condom availability)
Pregnancy Testing
Reproductive Health
Contraceptive services available to female students

DOES YOUR CHILD HAVE A HISTORY OF ONE OF THE FOLLOWING (Please circle YES or NO):

- YES NO IF YES, PLEASE EXPLAIN:
1. Y N Allergy to food or medicine
2. Y N Taking medication regularly
3. Y N Chronic health problem such as: asthma, diabetes, TB, heart disease, vision, hearing, dental or speech problem.
4. Y N Hospitalization, surgery or major illness
5. Y N Significant injury or accident
6. Y N Has your child ever been referred for counseling?
7. Y N Does your child have any emotional, social or behavioral problems?
8. Y N Does your child have school attendance problems?
9. Y N Has your child experienced major stress event in past year such as a move, loss of or illness of loved one, bullying, violence?

I have read the materials supplied to me regarding the services of the School Health Center and I give permission to the above named student to use the services provided by the School Health Center for as long as she/he is enrolled in the New Haven Public Schools. I do not want my child/ward to receive the following services from the School Health Center:

- 1. 2. 3.

As the parent/guardian of the student identified above, I understand that I may revoke the permission at any time for any reason and that I may add to or subtract from the services I do not want my child/ward to receive by informing the School Health Center staff in writing that I wish to withdraw or change my permission/instructions. I give the SHC staff permission to communicate with key school personnel if needed, to facilitate quality case management. Furthermore, I give permission to the School Health Centers to release information regarding treatment and/or services to the above insurance providers for the purpose of billing. I authorize payments to be made directly to the agency providing services or New Haven Public Schools. I also acknowledge receipt of the SBHC Privacy Notice.

Signature (Parent/Guardian)

Date

NEW HAVEN SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

PRIVACY NOTICE

According to federal law, we are giving you this Notice of Privacy Practices. It describes how we may use and share your child's protected health information (PHI). If you are 18 years old or older or an emancipated minor, 'your child' refers to you. It also describes your rights to access your child's PHI. "Protected Health Information" (PHI) is information about your child, including demographic information that may identify your child and that, in any way, relates to your child's physical or mental health.

PLEASE READ THIS NOTICE CAREFULLY.

New Haven School-Based Health Centers (SBHCs) are committed to respecting your and your child's privacy. Therefore, we are required to abide by the terms of this Privacy Notice. We may change the terms of this notice at any time. Updates/revisions will be posted in your child's health care provider's office. Copies will be available upon your request.

How We Will Use and Disclose Your Child's PHI With Your Signed SBHC Consent

Once you sign the SBHC Permission Form, we will provide direct medical/mental health care to your child, even if you are not present at the time we see your child for services. After the permission form is signed, we may share your child's PHI in order to carry out treatment, payment and/or healthcare operations. Here are some specific examples of how we will share your child's PHI.

Treatment: In order to ensure the highest quality of service for your child, we will use and share your child's PHI to provide, coordinate or manage your child's medical/mental health care. We will share only information that is necessary for your child's health and welfare. We may share PHI with other providers/clinics that contribute medical/mental health care to your child located within or outside the school. Examples of providers include but are not limited to: school nurse, nurse practitioners, medical doctors, social workers, dentists, professional counselors, outreach workers and medical assistants. Furthermore, the SBHC may need to exchange information with a representative(s) of the New Haven Public Schools. We may also use and share your child's PHI with a member of your family, a relative, a close friend or any other person you identify on your child's SBHC Permission Form. This will include notifying people identified as an emergency contact on your child's consent form. In addition, during a parent guidance or family counseling session, we may disclose your child's PHI to you and those present.

Payment: Your child's PHI will be used and shared to obtain payment for health care services if you have insurance. This may include certain activities that your health insurance plan may undertake before it approves or pays for the health care services. In addition, we may use and share your child's PHI to help you and/or your family to obtain medical insurance (such as HUSKY) and services from other social service agencies.

Healthcare Operations: In order to ensure the highest quality of service possible to your child, we may use and share your child's PHI in order to support the business activities of the clinic. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, supervision of employees, training of students, and licensing. We will send a pass to your child's teacher for your child to come to the clinic for an appointment. We may call your child by name over the school's intercom system to come to the clinic. We may telephone you to remind you of your child's appointment. Furthermore, we will share your child's PHI with third party "business associates" necessary to perform various activities for the clinic. Whenever an arrangement between our office and a business associate involves using or sharing your child's PHI, we will have a written contract that contains terms that will protect the privacy of your child's PHI. Only relevant information that is necessary for the business associate to perform its duties will be shared.

The above examples are not inclusive of all the activities related to payment, operations and treatment. Other activities NOT related to payment, treatment, and operations will require that you give us **written authorization**, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke this authorization in writing at any time.

Other Ways We May Use or Disclose Your Child's PHI With Your Written Authorization Or Opportunity to Object

We may use and share your child's PHI with your written authorization or opportunity to object in the following instances. If you are not present or able to agree or object to the use of the PHI, then your child's provider may, using professional judgment, determine whether the disclosure is in your child's best interest. In this case, only the minimal necessary PHI that is relevant to your child's health care will be disclosed.

Communication Barriers: We may use and share your child's PHI if a provider or other staff member in the clinic attempts to obtain consent from you but is unable to do so due to substantial communication barriers. If the provider determines, using professional judgment, that you intend to consent to the use of your child's PHI, the provider will do so. In order to serve you better, we may engage the aid of interpreters when a language barrier exists.

Potentially Harmful Activity: You may request, in writing, that a SBHC site will not release yours or your child's PHI to a particular individual/agency if you believe such a disclosure may result in potential harm to you or your family's safety.

Outside Referrals: We will require a written authorization to release your child's PHI to a third party i.e.: community medical/mental health provider or an agency in which there has been no previous or current relationship.

Emergency Treatment: We may use or share your child's PHI in an emergency treatment situation. We will try to obtain your consent as soon as reasonably practical after the delivery of treatment. If your provider or another health care provider in the clinic is required by law to treat your child and the provider is unable to obtain your consent, he or she may use or share your child's PHI in order to provide a high quality of emergency care.

How We Will Use or Disclose PHI Without Your Consent, Without Written Authorization Or Without Opportunity to Object

The following are examples of other ways we may use and share your child's PHI without your consent, written authorization or opportunity to object. These are some examples in which we are required by law to share your child's PHI.

Required by Law: We may use or share your child's PHI if the law requires it. The use of your child's PHI will be made in compliance with the law and will be limited to relevant requirements of the law. You will be notified, as required by law, if we use and share your child's PHI in this way.

Public Health: We may share your child's PHI for public health activities and purposes to a public health authority that is permitted by law to collect or receive the information. The disclosure will be made for the purpose of controlling disease, injury or disability.

Communicable Diseases: We may share your child's PHI, if authorized by law, to a person who may have been exposed to a communicable disease or may otherwise be at risk of contracting or spreading the disease or condition.

Health Oversight: We may share your child's PHI with a health oversight agency for activities authorized by law, such as audits, investigations and inspections.

Abuse or Neglect: We may share your child's PHI with a public health authority that is authorized by law to receive reports of child abuse or neglect. In addition, if we suspect that your child may have been a victim of abuse, neglect or domestic violence we may share your child's PHI with the governmental entity or agency authorized to receive such information. In this case, the disclosure will be made consistent with the requirements of applicable federal and state laws.

Food and Drug Administration: We may share your child's PHI with a person or company required by the Food and Drug Administration to report adverse events, product defects or problems, biologic product deviations, track products to enable product recalls, to make repairs or replacements or to conduct post marketing surveillance as required.

Legal Proceedings: We may share your child's PHI in the course of a judicial or administrative proceeding, in response to an order of a court or administrative tribunal (to the extent such disclosure is expressly authorized), in certain conditions in response to a subpoena; discovery request or other lawful process.

Law Enforcement: We may also share your child's PHI for law enforcement purposes.

Research: We may share your child's PHI to researchers when their research has been approved by an institutional review board that has reviewed the research proposal and established protocols to ensure the privacy of the PHI.

Harmful or Self-Harmful Activity: Consistent with applicable federal and state laws, we may share your child's PHI, if we suspect that the use or disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of your child or another person or the public. For example, if your child threatens to hurt himself or herself or someone else, to commit suicide or homicide, or damage someone's property, we may disclose his/her PHI to the appropriate parties, including New Haven Board of Education authorities.

Required Uses and Disclosures: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of Section 164.500 et. seq.

YOUR RIGHTS

The following is a statement of your rights with respect to your child's PHI and a brief description of how you may exercise these rights.

You have the right to inspect and copy your child's PHI, as per our protocol, which is contained in a designated record set for as long as we maintain the record. If your child is 18 years or older or an emancipated minor, he/she is considered an adult and you (the parent or guardian) do not have the right to inspect and/or copy their record.

Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records: psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding; and PHI that is subject to law and prohibits access to PHI of minors especially with respect to reproductive health, sexually transmitted infections, and drug or alcohol abuse/treatment.

You need to place this request in writing and the SBHC has 30 days to respond to this request, unless the PHI is not located on the site, then SBHC has 60 days to respond. The SBHC may ask for one extension of 30 days, and will provide you with a written statement of reasons for the delay and date of completion.

The SBHC has the right to deny a request if it is deemed the release of this PHI will likely endanger the life or safety of the individual or indirectly harm others mentioned in this PHI. The SBHC will provide a written statement of any denials.

You have the right to request a restriction on uses/disclosures of your child's PHI. This means you may ask us not to use or disclose any part of your child's PHI for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your child's PHI not be disclosed to family members or friends who may be involved in your child's care or for notification purposes as described in this Privacy Notice. Your request must be in writing and state the specific restriction requested, to whom you want the restriction to apply, and the time frame of the restriction. You may withdraw a restriction for disclosure in writing at any time.

Your provider is not required to agree to a restriction that you may request. If the provider believes it is in your child's best interest to permit use and disclosure of their PHI, your child's PHI will not be restricted. If your provider does agree to the requested restriction, we may not use or disclose your child's PHI in violation of that restriction unless it is needed to provide emergency treatment. With this in mind, please discuss any restrictions you wish to request with your provider or clinic staff.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. We will accommodate reasonable requests. Please make this request in writing to our Privacy Officer or clinic staff.

You may have the right to have your provider amend your child's PHI. This means you may request, in writing, an amendment of PHI about your child in a designated record set for as long as we maintain this information. The SBHC has to respond to this request within 60 days. In certain cases, we may deny your request for an amendment. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal. Please contact our Privacy Officer if you have questions about amending your child's medical record.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your child's PHI. This right applies to disclosures for purposes **other than** treatment, payment, or healthcare operations as described in this Privacy Notice. It excludes disclosures we may have made to you, for a facility directory, to a family member or friends involved in your child's care, or for notification purposes. You have the right to receive specific information regarding these disclosures that occurred after April 14, 2003 and for the next six years. You may request a shorter time frame. The right to receive this information is subject to certain exceptions, restrictions, and limitations outlined in SBHC's policy and procedure guidelines. Please contact the SBHC Privacy Officer for further details.

ALL SERVICES ARE AVAILABLE TO ENROLLED STUDENTS REGARDLESS OF THEIR ABILITY TO PAY OR INSURANCE COVER

QUESTIONS OR COMPLAINTS

You may file a complaint to our Privacy Officer or the Secretary of Health and Human Services if you believe the privacy rights of your child have been violated. We will not retaliate against you or your child for filing a complaint. Please contact your child's SHC site or the Privacy Officer at (203) 946-4860 if you have any questions regarding this Privacy Notice.

**ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW HAVEN
PERMISO PARA EL CENTRO DE SALUD BASE ESCOLAR**

Las Escuelas Públicas de New Haven (NHPS) operan 17 centros de salud escolares (SHC por su siglas en inglés) localizados en escuelas pre-primarias, primarias, secundarias y preparatorias. Todos los estudiantes registrados en los SHC pueden recibir los servicios que ahí se brindan. El personal de los SHC no reemplazan al(los) médico(s) personales que atienden los problemas de salud física ó mental de los alumnos. Las NHPS trabajan con asociados de la comunidad para supervisar y proveer personal a los SHC durante el día escolar para que los estudiantes y sus padres no falten al trabajo ó a la escuela de manera innecesaria, y el personal del SHC consultará con el personal medico de cabecera de cada alumno en caso de ser necesario. Los asociados de la comunidad incluyen: Hospital Yale-New Haven (Yale-New Haven Hospital), Centro de Saludo de la Comunidad de Fair Haven (Fair Haven Community Health Center), Centro de Salud Cornell Scott Hill (Cornell Scott Hill Health Center) y la Clínica de Apoyo Clifford Beers (Clifford Beers Guidance Clinic). Todos los servicios son gratuitos para las familias (sin cuotas), sin embargo servicios que se puedan cobrar serán cobrados a través de la compañía de seguro de los pacientes. Todos los estudiantes menores de 18 años deben de tener un permiso, que haya sido llenado y firmado por los padres/tutores legales del alumno(a) de manera que pueda recibir los servicios del SHC. Los SHC tienen un equipo de profesionales certificados que usualmente incluyen un proveedor de servicios médicos (enfermera o asistente de médico), un(a) trabajador(a) social y un(a) gerente de oficina. El/la proveedor(a) de servicios médicos provee servicios médicos preventivos como vacunación y exámenes físicos, servicios de urgencia como son el diagnostico, tratamiento y seguimiento de lesiones y enfermedades, y el manejo de enfermedades crónicas como Diabetes y Asma. La trabajadora social provee servicios de evaluación, asesoramiento individual, de grupo o de familia, grupos de apoyo para alumnos, intervención en situaciones de crisis, ó terapia de corto/largo plazo según sea necesario. Todos los proveedores de los SHC trabajan de manera cercana con las familias, los asociados de la comunidad, la enfermera y el personal de la escuela para asegurarse con los estudiantes reciban el cuidado que necesitan en la escuela ó en los servicios de apoyo a la comunidad. Para registrar a sus hijo/a(s) en los SHC, por favor llene y firme un formato por cada hijo(a) que esté registrado en esta escuela, por favor asegúrese que toda la información en el frente y en el reverse de este formato de permiso esté completa.

Escuela _____ Fecha _____ Grado Escolar _____ Maestra _____

Nombre del estudiante: _____ femenino _ masculino Student ID: _____
apellido nombre inicial

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Descendencia étnica del estudiante:

hispano/latino no hispano/latino

Origen racial/étnico del estudiante:

negro/afroamericano blanco asiático
 indio norte americano/nativo de Alaska hawaiano/otro isleño del Pacífico desconocido

Religión (Opcional) _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre o encargado: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Padres: Casados Divorciados Separados Madre Difunta Padre Difunto Soltero/a

¿Quién vive con el estudiante?

madre padre madrastra padrastro hermanas hermanos otro _____

Persona de contacto en caso de emergencia (favor de indicar a dos personas en caso que usted no esté disponible):

Nombre _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Nombre _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Preferencia de Idioma: _____

Nombre del Padre/Madre: _____ ¿Requiere de Intérprete? Sí No

Clase de seguro (indique todos los que aplican y llene la información sobre la cubierta de seguro del niño/a).

medicaid Husky A Husky B Seguro privado/comercial dental no tiene cubierta de seguro

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICAID O HUSKY:

Número de identificación de su plan: _____ Nombre de plan de administración de cuidado: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIVADO/COMERCIAL:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguridad Social: _____

Dirección del asegurado: _____ Número de la póliza: _____

Nombre y dirección del corredor de seguro: _____

Nombre y Dirección de Compañía Aseguradora: _____

Nombre de su empleador/compañía _____ Ocupación _____

Dirección de su empleo _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Dónde adquiere los cuidados médicos de su niño/a?

____ Centro de Salud de la Comunidad ____ clínica del hospital ____ otro ____ desconocido
____ sala de emergencia ____ clínica militar ____ médico privado ____ clínica de cuidados urgentes
____ clínica del Departamento de Salud ____ ninguna fuente regular ____ Centro de Salud Base Escolar

¿Quién es el doctor/clínica de su niño(a)? _____ Teléfono _____

Fecha del ultimo examen físico _____

¿Quién es el dentista/clínica de su niño(a)? _____ Teléfono _____

Fecha del ultimo examen dental _____

Farmacia de su preferencia: Nombre/Dirección: _____ **Teléfono:** _____

ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW HAVEN - CENTROS DE SALUD BASE ESCOLAR

Clinton Avenue	(475) 220-3318	Fair Haven	(475) 220-2643	Hillhouse	(475) 220-7555
Brennan-Rogers	(475) 220-2216	King-Robinson	(475) 220-2791	Wilbur Cross	(475) 220-7444
Lincoln-Bassett	(475) 220-8516	Roberto Clemente	(475) 220-7617	Career	(475) 220-5041
Davis Street	(475) 220-7815	Mauro-Sheridan	(475) 220-2815	Hill Central	(475) 220-6119
Truman	(475) 220-2122	Troup	(475) 220-3076	Barnard	(475) 220-3584
Riverside Academy	(475) 220-6704	John S. Martinez	(475)220-2017		

Los servicios disponibles de salud básica y salud mental para estudiantes de 3 a 18 años de edad:

- Exámenes físicos para la escuela
- Tratamiento de asma, anemia y otros problemas de salud
- Examen de tuberculosis
- Educación/consejos sobre abuso de sustancias controladas
- Vacunas
- Informe para tratamiento especializado
- Consejos sobre nutrición y peso
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o heridas menores
- Educación sobre salud mental
- Grupos de apoyo

Otros servicios disponibles solamente para estudiantes de 12 a 18 años de edad:

- Consejos de examen de HIV/SIDA
- Cuidado de salud reproductiva
- Educación y prevención de HIV/SIDA y enfermedades transmitidas
- Examen de embarazo
- a través de relaciones sexuales (incluyendo disposición de condones)

Por favor, conteste SI o NO a las siguientes preguntas. Si contesta SI, explique al lado.

- | SI | NO | ¿ Tiene su niño un historial de: |
|----------|-------|---|
| 1. _____ | _____ | alergias a comida o medicinas ? _____ |
| 2. _____ | _____ | usar medicinas regularmente ? _____ |
| 3. _____ | _____ | problemas crónicos de salud tales como: asma, tuberculosis, diabetes, enfermedad del corazón, visión, auditivo, del habla, etc.? (Por favor, subraye). _____ |
| 4. _____ | _____ | hospitalización, cirugía o enfermedades graves ? _____ |
| 5. _____ | _____ | heridas o accidentes significativos ? _____ |
| 6. _____ | _____ | ¿Ha sido su hijo enviado para recibir servicios de un consejero ? _____ |
| 7. _____ | _____ | ¿Su hijo(a) ha tenido problemas emocionales, sociales o de comportamiento? _____ |
| 8. _____ | _____ | ¿Su hijo(a) tiene problemas de asistencia a la escuela? _____ |
| 9. _____ | _____ | ¿Su hijo(a) ha experimentado algún evento de estrés significativo en el ultimo año?
(Mudanza, enfermedad o deceso de un ser querido, bullying o violencia) _____ |

He leído los materiales suplidos por el Centro de salud base escolar sobre sus servicios y doy consentimiento para que el estudiante antes mencionado pueda usar los servicios ofrecidos por el centro mientras esté matriculado en las Escuelas Públicas de New Haven. Yo **no** quiero que mi niño/a reciba los siguientes servicios del centro

1. _____ 2. _____ 3. _____

Como padre/encargado de el estudiante identificado anteriormente, entiendo que puedo, en cualquier momento y por cualquier razón, revocar mi permiso y que puedo añadir o quitar los servicios que no quiero que mi niño/a reciba, informando al centro por escrito. Le doy permiso al personal del SHC que en caso de ser necesario se comunique con el personal clave de la escuela para facilitar un manejo adecuado de la situación. Además, doy mi consentimiento a que el centro le informe sobre el tratamiento o servicios a los siguiente proveedores de seguros para propósito de facturación. Autorizo que se le pague directamente a las Escuelas Públicas de New Haven por servicios ofrecidos. Yo también doy el permiso para que mi hijo/hija reciba las servicios a través de telesalud, si esta disponible. Hoy recibí una copia del **Aviso de Privacidad**.

Firma del padre/encargado

fecha

**CENTROS DE SALUD ESCOLAR DE NEW HAVEN
AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD**

Le ofrecemos este aviso según las normas de la ley federal. Este aviso describe como podemos hacer uso y compartir el historial médico de su hijo/a, llamado en inglés, “Protected Health Information” (PHI). Si usted tiene 18 años, o es mayor, o un menor legalmente independiente, entonces la frase “su hijo” se refiere a usted. Este aviso también describe sus derechos de como tener acceso a toda la información del historial médico (PHI). El historial médico es información sobre su hijo/a que incluye información demográfica, que puede identificar a su hijo/a y que de cualquier manera, se relaciona con la salud física y mental del estudiante.

FAVOR DE LEER CON CUIDADO ESTE AVISO

Los Centros De Salud Escolar De New Haven (SBHCs) están comprometidos a respetar su privacidad y la de su hijo/a. Estamos obligados a cumplir con las condiciones de este aviso sobre la privacidad. Podemos cambiar las condiciones de este aviso en cualquier momento. Cualquier revisión a este aviso será anunciado debidamente en la oficina de servicios de salud donde su hijo/a recibe dichos servicios. Copias de las revisiones estarán dispuestas al público según la soliciten.

El Uso y Diseminación del Historial Médico (PHI) de su hijo/a Con Su Consentimiento

Una vez haya firmado la hoja de autorización para servicios, le proveeremos atención médica/mental directa a su hijo/a, aún si usted no está presente en el momento cuando su hijo/a necesite servicios médicos. Después de firmar la hoja de autorización podremos compartir el historial médico (PHI) de su hijo/a con el propósito de llevar a cabo tratamiento, facturación u otros procedimientos de salud. A continuación algunos ejemplos específicos de como usaremos el historial médico de su hijo (PHI).

Tratamiento: Para asegurarnos que su hijo/a reciba óptima calidad de servicios usaremos y compartiremos el PHI de su hijo/a para proveer, coordinar o manejar la atención médica o mental de su hijo/a. Vamos a compartir sólo la información que sea necesaria para la salud y bienestar de su hijo/a. Podemos compartir el PHI con otros proveedores médicos o clínicas localizados dentro o fuera de los predios escolares que contribuyen al cuidado médico/mental de su hijo/a. Ejemplos de estos proveedores clínicos incluye pero no se limita a enfermeras graduadas, médicos, trabajadores sociales, dentistas, consejeros profesionales, trabajadores de extensión a la comunidad y ayudantes médicos. Además los centros de salud escolar pueden tener necesidad de intercambiar información con algún(os) representante (s) de las Escuelas Públicas de New Haven. También podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a con un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano a la familia o cualquier otra persona que usted identifique en la hoja de autorización. Esto también incluye el notificar a personas identificadas en la hoja de autorización como contactos en casos de emergencias. Además se podrá revelar y discutir el PHI de su hijo/a con usted y otros participantes durante una reunión de orientación o consejería de familia.

Pagos: El PHI de su hijo/a será usado y compartido, y si usted tiene seguro médico, para obtener pagos por servicios de salud. Esto puede incluir ciertas actividades que el seguro médico pueda asumir antes de aprobar o pagar por los servicios prestados al asegurado. Además podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a para ayudarle a usted o a su familia a obtener un seguro médico (tal como el plan HUSKY) y servicios de otras agencias de servicios sociales.

Procedimientos de cuidado de salud: Para asegurar la más alta calidad de servicios posibles a su hijo/a, podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a para respaldar los asuntos administrativos de la clínica. Estos asuntos incluyen pero no se limitan a actividades de evaluación de calidad, evaluación y supervisión de empleados, y el adiestramiento y certificación de estudiantes. Mediante un permiso al maestro del estudiante solicitaremos a su hijo/a cuando tenga una cita en el centro escolar de salud (podemos solicitar que su hijo/a venga al centro escolar de salud (clínica) a través del alto parlante. Podemos llamar por teléfono a su casa para recordarle sobre una cita de su hijo/a. También compartiremos el PHI de su hijo/a con otros “asociados profesionales” necesarios para el funcionamiento de la clínica, (compañía de facturación). Siempre que haya un acuerdo entre nuestra oficina y un asociado profesional y ese acuerdo tenga que ver con el uso del PHI de su hijo/a haremos un contrato escrito con clausuras que ofrecen protección de privacidad del documento. Solo información relevante que sea necesaria para llevar a cabo los trámites del asociado profesional serán compartidos. Los récords de los centros de salud escolar pueden ser transferidos a otras clínicas escolares según sea necesario.

Los ejemplos antes mencionados no incluyen todas las actividades relacionadas con facturación, procedimientos y tratamientos. Las otras actividades que NO son relacionadas a estas áreas requieren que usted nos facilite su autorización por escrito, a menos que no sea permitido o requerido por ley según se describe a continuación. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Otras maneras de usar o diseminar el PHI de su hijo/a con su autorización escrita o con oportunidad para oponerse (objetar)

Podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a con su autorización escrita o con oportunidad para oponerse en las siguientes situaciones. Si usted no está presente o esta de acuerdo, o se opone al uso del PHI, entonces el proveedor de su hijo, puede, haciendo uso de su juicio profesional, determinar si la diseminación de la información es a beneficio o no del niño/a. Es en este caso solo la mínima información del PHI que sea necesaria para el cuidado médico y relevante al caso será diseminada.

Obstáculos en la Comunicación: Podemos usar y compartir el PHI de su hijo/a si un proveedor u otro miembro del equipo de trabajo de la clínica intenta obtener su autorización pero no puede debido a barreras de comunicación.. Si el proveedor determina, usando juicio profesional, que su intento es de dar autorización para el uso del PHI, entonces el proveedor así lo hará. Para mejor servirle, podemos buscar la ayuda de un intérprete cuando existan barreras de comunicación.

Situación posiblemente perjudicial: Usted puede solicitar por escrito, que un centro de salud escolar no provea información alguna del PHI suyo o de su hijo/a un individuo o agencia en particular si usted cree que dicha acción puede ser perjudicial a la seguridad suya o la de su familia.

Referidos Externos: Requerimos una autorización escrita para mostrar el PHI a una tercera persona o clínica, por ejemplo, clínicas médicas o de salud mental de la comunidad u otra agencia en la cual haya existido una relación anterior o una relación actual.

Tratamiento de Emergencia: Podremos usar el PHI de su hijo/a durante una situación de tratamiento de emergencia. Trataremos de obtener su consentimiento tan pronto como sea posible después de ofrecer el tratamiento. En caso que su proveedor de salud u otro proveedor de salud en la clínica tenga que atender a su hijo/a y el proveedor no puede obtener su autorización para esa atención médica entonces podremos compartir y usar el PHI para poder administrar una óptima calidad de servicios de emergencia.

Proceso para usar y diseminar el Historial Médico (PHI) sin su permiso, autorización escrita u oportunidad para oponerse (objetar)

Los siguientes son ejemplos de otras maneras que podemos usar y compartir el historial médico (PHI) de su hijo/a sin su permiso, sin su autorización escrita o sin poder oponerse a dicha acción. A continuación algunos ejemplos cuando la ley nos exige compartir el PHI de su hijo/a.

Según la ley: Podemos hacer uso y compartir el PHI de su hijo/a si la ley así lo requiere. El uso del PHI será hecho según la ley y será limitado a los requisitos necesarios por ley. Usted será notificado según la ley del uso y diseminación del documento.

Salud Pública: Podemos compartir el PHI de su hijo/a para actividades y propósitos de salud con oficiales de salud pública que estén autorizados por ley para recibir y recoger la información. Esta diseminación se hará con el propósito de controlar enfermedades, heridas o incapacidades.

Enfermedades transmisibles: Podemos compartir, si así lo autoriza la ley, el PHI de su hijo/a con una persona que haya sido expuesta a una enfermedad transmisible. o está en peligro de contraer o contagiar a otros con una enfermedad.

Supervisión de Salud: Si somos autorizados por ley podremos compartir el PHI de su hijo/a con una agencia que supervisa asuntos de salud para asuntos de auditorías, investigaciones, e inspecciones.

Abuso o Negligencia: Podemos compartir el PHI de su hijo/a con funcionarios de salud pública que estén autorizados por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, podemos compartir el PHI de su hijo con la agencia o entidad pertinente si sospechamos que su hijo/a pudo ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En ese caso dicha revelación será consistente con las leyes federales y estatales.

La administración de drogas y alimentos Podemos compartir el PHI de su hijo/a con una persona o compañía que el departamento de drogas y alimentos le requiere que informen eventos adversos, productos o problemas defectuosos, desviaciones en los productos biológicos o para rastrear productos; y para facilitar la devolución de productos desviados o defectuosos; o para hacer reparaciones o reponer productos o para hacer informes de post ventas según lo exija la ley.

Procedimientos legales: Podremos compartir el PHI de su hijo/a durante el curso de algún procedimiento judicial o administrativo (hasta donde tal diseminación sea autorizada debidamente), o para responder a una orden del tribunal o una citación jurídica según lo disponga la ley o para responder a una petición dentro de la ley y durante ciertas condiciones en respuesta a una citación o petición jurídica. .

Hacer cumplir la ley: Podemos compartir el PHI de su hijo/a para propósitos de hacer cumplir la ley.

Investigación: Podremos compartir el PHI de su hijo/a con investigadores cuando una investigación ha sido aprobada por una junta examinadora institucional cuya revisión de la propuesta de investigación ha establecido un protocolo para asegurar la privacidad de la documentación.

Actividad perjudicial o Auto-perjudicial: Si sospechamos que el uso o la diseminación de información médica puede ser necesaria para prevenir o disminuir cualquier amenaza a la salud o seguridad de su hijo/a u otra persona o al público. Por ejemplo, si su hijo/a amenaza con hacerse daño o hacerle daño a otra persona o amenaza con cometer suicidio u homicidio, o perjudicar alguna propiedad ajena, podemos diseminar el PHI a las personas apropiadas, incluyendo oficiales de la Junta de Educación.

Uso y Diseminación Obligatoria: Según la ley estamos obligados a compartir la información del PHI con usted. A petición del Secretario de Salud y Servicios Humanos debemos investigar o determinar si se está cumpliendo con los requisitos de la sección 164.500 et. seq.

SUS DERECHOS

A continuación incluimos una declaración de sus derechos respecto al PHI (historial médico) de su hijo/a y una descripción breve de como puede ejercer estos derechos.

Tiene derecho a inspeccionar y copiar el PHI de su hijo/a, de acuerdo con el protocolo establecido, el cuál está en un lugar designado, mientras mantenemos el historial. Si su hijo tiene 18 años o es mayor, o está legalmente independizado, entonces ese alumno se considera adulto y los padres (guardianes) no tienen derecho a inspeccionar o copiar el historial médico.

Según la ley federal usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes records: apuntes sicoterapéuticos; información recopilada con intención de ser usada o que fue usada para una acción o procedimiento criminal, civil, o acción administrativa; y cualquier PHI que esté sujeto a la ley y prohíbe el acceso del PHI de un menor especialmente en cuanto tenga que ver con la salud reproductiva, infecciones sexualmente transmitidas, o tratamiento de abuso de alcohol o drogas.

Usted debe hacer una petición por escrito y el Centro de Salud Escolar tiene 30 días para responder a su petición, a menos que el PHI no este en la clínica, sino en otro lugar, entonces el Centro tiene 60 días para responder. El Centro de Salud Escolar puede pedir una extensión de 30 días y le proveerá por escrito las razones por la demora y una fecha de vencimiento. El Centro de Salud Escolar tiene derecho a negar una petición si esta diseminación de información puede poner en peligro la vida o seguridad del individuo o indirectamente perjudica a otras personas mencionadas en el PHI. El Centro de Salud Escolar le proveerá por escrito las razones para denegar esa petición.

Tiene derecho a peticionar restricciones en el uso y diseminación del PHI de su hijo/a. Esto quiere decir que usted puede pedir que no se use o se haga público cualquier parte del PHI de su hijo/a para propósitos de tratamiento, facturación o procedimientos del centro de salud. También puede solicitar que no se haga público ni se disemine información del PHI a familiares o amistades que puedan estar envueltos en el cuidado de su hijo ni para propósitos de notificación a alguna persona según se describe en este aviso sobre la privacidad. Su petición debe someterse por escrito y especificar las restricciones que esta solicitando en cuanto a quien y cuanto tiempo debe estar en efecto la restricción. Puede rescindir la restricción para diseminación en cualquier momento por escrito.

Su proveedor médico no tiene que estar de acuerdo para que usted someta una petición de restricción. Si su proveedor médico cree que los intereses del niño/a se benefician en revelar o compartir el PHI, entonces dicha información no será restringida. Si su proveedor médico está de acuerdo en la petición de restricción entonces no podemos usar ni diseminar información alguna a menos que sea necesario para proveer tratamiento médico de emergencia. Favor de discutir cualquier restricción que usted desea con su proveedor médico o con cualquier miembro del personal clínico.

Tiene derecho a recibir comunicación confidencial de nosotros a través de medios alternos o en una localidad alterna. Haremos lo posible para honrar peticiones razonables. Favor de hacer peticiones de esta índole por escrito al oficial de asuntos privados o al personal de la clínica.

Tiene derecho a que su proveedor médico haga enmiendas al PHI de su hijo/a. Esto significa que usted puede peticionar por escrito, una enmienda del PHI de su hijo/a en un formulario designado mientras mantenemos la información. El centro de Salud Escolar debe responder a esta petición dentro de 60 días. En algunos casos podemos denegar dicha petición de enmiendas. Si denegamos su petición usted tiene derecho a someter una declaración de desacuerdo con esta decisión y podemos refutar su declaración y le proveeremos copia de esta refutación. Favor de comunicarse con el oficial de privacidad si tiene alguna pregunta sobre enmiendas del PHI de su hijo/a.

Tiene derecho a recibir un relato/informe de diseminaciones que hemos hecho, si alguna se hizo, del PHI de su hijo/a. Este derecho se aplica a revelaciones que se hayan hecho con otros propósitos que no sean para tratamiento, facturación, o procedimientos de salud tal y como se describen en este aviso de privacidad. Excluye las revelaciones que se le hayan hecho a usted por razones de facilitar un directorio de servicios disponibles, información brindada a miembros de la familia o amistades que tengan que ver en el cuidado del niño/a o aquellas revelaciones hechas con el fin de notificación. Tiene derecho a recibir información específica sobre diseminación que ocurrió después del 14 de abril de 2003 y durante los próximos seis años. Puede solicitar un lapso de tiempo más corto. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas condiciones, restricciones y limitaciones que están estipuladas en el reglamento de procedimientos y política de los Centros de Salud Escolar. Para más información favor de comunicarse con el oficial de privacidad.

PREGUNTAS O QUERELLAS

Puede someter una querrela al Oficial de Privacidad o al Secretario de Salud y Recursos Humanos si usted cree que se han violados los derechos de privacidad de su hijo/a . No habrá represalias contra usted o su hijo/a por someter esta querrela. Favor de comunicarse con el Centro de Salud Escolar o con el Oficial de Privacidad al número (203) 946-8969 si tiene preguntas sobre este aviso de privacidad. Este aviso de Privacidad fue publicado y se hace vigente el 4 de agosto de 2003.