

Departamento de Salud de Cincinnati
Paquete de Inscripción del Centro de Salud Escolar (SBHC)
Para estudiantes en escuelas sin centros de salud escolar

POR FAVOR, COMPLETE Y FIRME TODAS LAS PÁGINAS.

Nombre del Paciente/Estudiante/Name of the Patient/Student: _____ Fecha de nacimiento/Date of birth: _____

Sexo/Gender: Masculino (Male) ____ Femenino (Female) ____ Transgénero/Trans: Hombre a Mujer (MTF) ____ Mujer a Hombre (FTM) ____

Seguro Social del estudiante (SS#) _____ No. Tarjeta de Seguro Médico: (Insurance card #) _____

CareSource Molina Buckeye Paramount United Health Care No tiene seguro/No insurance OTRO/Other

SERVICIOS DENTALES:



SÍ, Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba **SERVICIOS DENTALES** en un centro de salud escolar del Departamento de Salud de Cincinnati (CHD) o SBHC/clínica móvil, incluyendo cuidados preventivos, exámenes dentales, rayos x, selladores, obturaciones, anestesia local, extracción de diente y tratamientos de canal si son necesarios. Selladores y otros procedimientos preventivos se ofrecen en la escuela. Mi hijo(a) puede ser **TRANSPORTADO/ACOMPAÑADO** por un representante escolar para recibir servicios dentales. Yo, el padre/madre o tutor del estudiante arriba mencionado, libero a la Ciudad de Cincinnati, a sus concejales municipales, empleados, agentes y representantes autorizados, y al Distrito Escolar Público de Cincinnati (CPS, por sus siglas en inglés), a su Junta Escolar, administradores, empleados y agentes y representantes autorizados, de cualquier responsabilidad relacionada con daños o lesiones personales que resulten del transporte de mi estudiante para recibir servicios de salud.

NO, Yo no quiero que mi hijo/a reciba **SERVICIOS DENTALES**.

SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS:



SÍ, Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba **SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS** en el centro de la vista OneSight ubicados en las escuelas Oyler o en Academy of World Languages (AWL), que puede incluir exámenes completos de la vista con dilatación, terapia de la visión, y el montaje y distribución de corrección de la vista. Mi hijo(a) puede ser **TRANSPORTADO/ACOMPAÑADO** por un representante escolar para recibir servicios de la vista. Yo, el padre/madre o tutor del estudiante arriba mencionado, libero a la Ciudad de Cincinnati, a sus concejales municipales, empleados, agentes y representantes autorizados, y al Distrito Escolar Público de Cincinnati (CPS, por sus siglas en inglés), a su Junta Escolar, administradores, empleados y agentes y representantes autorizados, de cualquier responsabilidad relacionada con daños o lesiones personales que resulten del transporte de mi estudiante para recibir servicios de salud.

NO, Yo no quiero que mi hijo/a reciba **SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS**.

SERVICIOS MEDICOS: Disponibles en los siguientes lugares: Aiken, Academy of World Languages (AWL), Children's Home of Cinti, John P. Parker, Mt. Airy, Oyler, Riverview East, Roberts, Roll Hill, Ethel Taylor, Taft High, Western Hills/Dater High y Withrow



SÍ, Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba **CUIDADOS MEDICOS** incluyendo chequeos de bienestar rutinarios* (ej. exámenes físicos para trabajo, guardería, y deportes), las vacunas apropiadas, barniz de fluoruro, y tratamiento para enfermedades o lesiones, incluyendo medicamentos de venta sin receta, a menos que se necesiten servicios de emergencia. (*Nota: tener un control de niños sanos incluye exámenes de la vista y la audición, análisis de orina y de sangre, las vacunas según sean necesarias, y un examen genital externo cuando sea apropiado).

***Favor tener en cuenta que: en Ohio, los menores pueden obtener servicio confidencial por infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, incluyendo provisión de anticonceptivos como condones o pastillas anticonceptivas, sin consentimiento de los padres.**

NO, Yo no quiero que mi hijo/a reciba **CUIDADOS MEDICOS** en el centro de salud escolar (SBHC).

Padre/Madre/Tutor (o paciente si es mayor de 18)		Nombre del padre/madre/tutor (LETRA DE IMPRENTA)		FECHA	
Teléfono (mejor) _____		Teléfono #2 _____		Teléfono #3 _____	
DIRECCION	CALLE	APTO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios que he marcado en las casillas anteriores. Estoy de acuerdo con los términos y las condiciones respecto al PAGO POR LOS SERVICIOS e INTERCAMBIO DE INFORMACION DE SALUD, como lo explica el formulario de Descripción del Programa (adjunto). El consentimiento está vigente hasta que el padre/madre/tutor lo cancele por escrito.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE/PACIENTE: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Para proveer servicios de salud para su hijo/a, necesitamos la siguiente información:

Nombre Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha de nacimiento del Padre/Madre/Tutor: _____

Relación/Parentesco con el estudiante: _____ **No. seguro social del padre/madre/tutor:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado/Código:** _____

Contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____

Historial de Salud de su Niño(a)

❖ ¿Tiene un **médico de atención primaria**? SI NO

Nombre del médico/clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha del último examen físico anual (de pies a cabeza): _____

❖ ¿Tiene un **dentista primario**? SI NO

Nombre del dentista/clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha del último chequeo rutinario dental: _____

❖ ¿Tiene un **médico oftalmólogo primario**? SI NO

Nombre del oftalmólogo/clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha del último chequeo rutinario de la vista: _____

❖ ¿Tiene una **farmacia preferida**? SI NO

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Favor indicar cualquier problema o condición médica **ACTUAL** que tenga su niño(a):

Favor indicar cualquier **alergia** (incluye alergias a **alimentos, medicamentos**, ambiental, estacional, etc.):

¿Visita su hijo(a) algún especialista? En caso positivo, favor indicar la condición, nombre del médico, y teléfono.

Favor indicar cualquier medicamento (con o sin receta) que su niño(a) toma **en casa** diariamente o cuando lo necesite (como medicamento para el déficit de la atención (ADHD, por sus siglas en inglés), alergias, asma, o dolores de cabeza):

****NOTA ESPECIAL:** Si su estudiante necesita tomar cualquier medicamento en la escuela, incluyendo medicamentos de emergencia (como un inhalador o Epi Pen), debe completar un formulario de Administración de Medicamentos de CPS**

¿Ha tenido su hijo(a) alguna operación, lesiones graves u hospitalizaciones? NO SI

Favor indicar la razón y fechas: _____

¿Ha estado su hija embarazada? NO SI En caso positivo, cuántos hijos vivos ha dado a luz su hija: _____

¿Ha sido su hijo(a) víctima de abuso? NO SI

¿Le ha pasado algo malo, trágico o triste a su familia? NO SI

Favor explique: _____

Preocupaciones Escolares: Si marcó SI en cualquiera de las preguntas, explicar en la línea ofrecida.

¿Está su hijo(a) en una clase especial? (Educación especial/IEP/Plan 504) SÍ NO _____

¿Ha repetido su hijo(a) algún grado? SÍ NO _____

¿Se mete en problemas a menudo en la escuela? SÍ NO _____

¿Cuáles son las calificaciones de su hijo(a)? _____ ¿Es esto un cambio? Sí No

(Favor continuar en la siguiente página)



Escuelas Públicas de Cincinnati - Cincinnati Public Schools

Antecedentes médicos actualizados - Health History Update

Complete el formulario y entréguelo en la enfermería o la oficina de la escuela. Muchas gracias.

Please complete and return to the school nurse or office. Thank you.

Las leyes del estado de Ohio exigen que la escuela tenga un formulario con los antecedentes médicos de cada alumno.

Ohio State Law requires that a Health History form be on file for every student.

Nombre del estudiante - Student's Name _____

Fecha de nacimiento - Date of Birth _____

Grado/Salón - Grade/Homeroom _____

Nombre del médico - Doctor's Name _____

Número de teléfono - Phone Number _____

Última consulta - Last checkup or visit _____

Nombre del dentista - Dentist's Name _____

Número de teléfono - Phone Number _____

Última consulta - Last checkup or visit _____

Seguro médico/Insurance: Medicaid (encierre en un círculo: CareSource/Molina/United Health Care/Paramount/Buckeye

Seguro médico privado/Private insurance. Nombre del proveedor/Provider name _____ Ninguno/None _____

¿Ha tenido su hijo(a) historial con algunos de los siguientes problemas? (Encierre en un círculo la opción Sí o No)

Any history of the following problems? (Please circle Yes or No)

Historial del Estudiante y la Familia History for Student and then Family	Estudiante Student	Familia Family
Alergias estacionales/Fiebre del heno Seasonal Allergies/Hay fever	SÍ YES	NO NO
Alergia que ponga en riesgo su vida - ¿Causa? _____ EpiPen prescrito Life-threatening allergy – cause? EpiPen prescribed	SÍ YES	NO NO
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ADD/ADHD	SÍ YES	NO NO
Anemia u otros problemas de sangre Anemia or Other Blood Problems	SÍ YES	NO NO
Asma Asthma	SÍ YES	NO NO
Problemas de comportamiento _____ Behavioral Problems _____	SÍ YES	NO NO
Cáncer – tipo _____ Cancer – type	SÍ YES	NO NO
Diarrea o estreñimiento crónico Chronic Diarrhea or Constipation	SÍ YES	NO NO
Infecciones crónicas del oído Chronic Ear Infections	SÍ YES	NO NO
Depresión Depression	SÍ YES	NO NO
Diabetes Diabetes	SÍ YES	NO NO
Uso de drogas o alcohol durante el embarazo Drugs or Alcohol Used During Pregnancy	SÍ YES	NO NO
Eczema/Afecciones crónicas en la piel Eczema/Chronic Skin Conditions	SÍ YES	NO NO
Trastornos emocionales/psicológicos Emotional/Psychological Problems	SÍ YES	NO NO

Historial del Estudiante y la Familia History for Student and then Family	Estudiante Student	Familia Family
Dolores de cabeza frecuentes/Lesiones/Conmociones cerebrales Frequent Headaches/Head Injury/Concussion	SÍ YES	NO NO
Dolores de estómago frecuentes Frequent Stomachaches/Head Injury/Concussion	SÍ YES	NO NO
Problemas de la audición Hearing Problems	SÍ YES	NO NO
Enfermedad cardíaca - Tipo _____ Heart Disease – type	SÍ YES	NO NO
Enfermedad renal - Tipo _____ Kidney Disease – type	SÍ YES	NO NO
Problemas de aprendizaje o escolares Learning or School problems	SÍ YES	NO NO
Nacimiento prematuro o peso al nacer inferior a 5 lbs. Prematurity or Birth Weight under 5 lbs	SÍ YES	NO NO
Convulsiones/Epilepsia/Tics Seizure Disorder/Epilepsy/Tics	SÍ YES	NO NO
Enfermedad de células falciformes (drepanocítica) Sickle Cell Disease	SÍ YES	NO NO
Problemas para dormir Sleep Problems	SÍ YES	NO NO
Dolor de muelas/Problemas dentales Toothaches/Dental Problems	SÍ YES	NO NO
Problemas de la vista o usa lentes Problems with Vision or Wears Glasses	SÍ YES	NO NO
Cirugía. Tipo: _____ Surgery. Type: _____	SÍ YES	NO NO

Evaluación de Riesgo de Tuberculosis (TB):

Tuberculosis (TB) Risk Assessment

¿Ha estado su estudiante en contacto con algunas de las siguientes personas: inmigrantes de otro país, alguien diagnosticado o tratado por TB, niños o adultos encarcelados, infectados de VIH/SIDA, personas sin hogar/indigentes, residentes de un hogar de ancianos, niños o adultos institucionalizados, consumidores de drogas ilícitas, o trabajadores agrícolas migrantes?

Is your student in contact with any of the following persons: immigrants from another country, someone diagnosed with or treated for TB, incarcerated children or adults, HIV infected, homeless, nursing home residents, institutionalized children or adults, illegal drug users, migrant farm workers?

Para su estudiante, favor encierre en un círculo sí o no y explique cualquier respuesta positiva en el espacio ofrecido.

For your student, please circle yes or no below, and explain any yes answers in space provided.

¿Diagnosticado o tratado por TB? _____ NO _____ SI/Yes
Diagnosed or treated for TB?

¿Inmigrante de otro país? _____ NO _____ SI/Yes
Immigration from another country?

¿Ha viajado a otro país? _____ NO _____ SI/Yes
Traveled to another country?

¿Ha estado en la cárcel o en un Centro de Detención Juvenil (2021)? _____ NO _____ SI/Yes
Ever been in jail or in Juvenile Detention Center (2021)?

¿Su hijo ha recibido la vacuna COVID-19 NO _____ SI/Yes _____

Consentimiento para sedación con óxido nitroso

Nombre Del Paciente: _____

Si su hijo(a) necesita tratamiento dental, puede ser beneficioso o necesario utilizar sedación con óxido nitroso para completar el tratamiento dental. El óxido nitroso relaja a los niños, los hace sentir más cómodos, y tienen una mejor experiencia en sus citas dentales. Al firmar este formulario por adelantado, será más fácil para nosotros cumplir con el tratamiento de una manera más oportuna y eficiente. Trataremos de llamarlos antes de administrar el óxido nitroso.

Por favor, lea lo siguiente y firme en la parte inferior si usted da su consentimiento al tratamiento con sedación con óxido nitroso. Sólo se utilizará si es necesario.

Doy permiso para que un dentista del Departamento de Salud de Cincinnati le administre a mi niño/a sedación con óxido nitroso si se le indica. Entiendo que algunos efectos secundarios pueden ocurrir, entre ellos:

1. Náuseas y vómitos, sugerimos no comer alimentos por lo menos dos horas antes de la cita.
2. Sudoración excesiva y el paciente puede ponerse rojo o rojizo.
3. Una inusual salivación excesiva.
4. Aunque no es común, el paciente puede tener una sensación de tener escalofríos.
5. En circunstancias excepcionales, puede volverse temporalmente hiperactivo.

Los beneficios incluyen relajación y posiblemente eliminar la necesidad de inyectar un anestésico local (novocaína). Para aquellos pacientes que necesitan ambos (el óxido nitroso/ y la anestesia local), el uso de óxido nitroso/oxígeno hará que las inyecciones sean mucho más fácil para el paciente.

En ningún momento el paciente se "duerme" y en todo momento se le dará al paciente más oxígeno que el que está presente en la sala. Los pacientes serán supervisados continuamente por el dentista y el personal, así como uno de los padres puede estar presente si así lo solicita.

Si desea estar presente, por favor, haga una nota en la parte superior de este formulario y estaremos encantados de concertar una cita a su conveniencia.

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba sedación con óxido nitroso como lo considere necesario el odontólogo. Tengo entendido que el personal odontológico intentará comunicarse conmigo antes de administrar el óxido nitroso.

No doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba sedación con óxido nitroso.



Firma (padre, madre o tutor)

Número de teléfono

Fecha

FAVOR REVISAR LA SIGUIENTE INFORMACION
Descripción del programa
Centro de Salud Escolar - Departamento de Salud de Salud de Cincinnati (CHD)

Bienvenido al Centro de Salud Escolar (SBHC, por sus siglas en inglés).

El Centro de Salud Escolar tiene a disposición de todos los estudiantes servicios médicos, dentales y de la vista cuando sean necesarios. Si sus niños o adolescentes se enferman en la escuela o si necesitan un examen, un chequeo físico para deportes, vacunas, cuidado dental rutinario, o un examen de la vista, el Centro de Salud Escolar puede ayudar.

Un dentista puede ver a sus niños en cualquiera de los centros de salud escolares en la escuela Oyler y en las escuelas secundarias Aiken, Western Hills, Withrow y Woodward; y en Crest Smiles Shoppe, u otros centros de salud del Departamento de Salud de Cincinnati (CHD).

¿Tiene preguntas o necesita ayuda con la solicitud? Llame al Programa de Salud Escolar del Departamento de Salud de Cincinnati, (513) 357-2809, o contacte a la enfermera de la escuela de su hijo(a).

Derechos y Responsabilidades de los Pacientes:

- Tratamiento, cuidado y acomodaciones respetuosas e igualitarias sin importar la raza edad, grupo étnico, religión, sexo u orientación sexual.
- Una evaluación de salud y un plan de cuidado con la participación del paciente.
- Acceso a hablar abiertamente con su proveedor de atención médica disponible de manera privada.
- El paciente acepta la responsabilidad de cumplir con los planes de tratamiento recomendados.
- Tiene 30 días para completar los formularios de seguro o de discapacidad.
- El paciente notificará al Centro de Salud Escolar si recibe tratamiento en una Sala de Emergencia o en un hospital.
- En caso de emergencias fuera de horario, el paciente debe llamar al 911, o ir a la sala de emergencia más cercana.
- Si el paciente tiene un problema de urgencia y quiere hablar con un proveedor médico de llamada: (513) 357-7320

Respecto al PAGO POR LOS SERVICIOS:

- Si no tiene seguro médico para su niño/a, usted será responsable de pagar la factura con un **descuento aplicable**. A ningún niño se le negará atención médica por incapacidad de pagar por los servicios.
- Si usted no tiene seguro médico para su hijo(a), se le pedirá información sobre sus ingresos, en conformidad con los requerimientos federales, y para determinar si califica para una reducción o exención de pago según la escala del Departamento de Salud Cincinnati. Esta información será estrictamente confidencial.
- No se le negará la atención médica a nadie debido a la incapacidad de pagar por los servicios.
- **¿Necesita asistencia para solicitar Medicaid?** Pase por nuestro centro o llame al 513-357-2809.

Respecto al INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

- El Centro de Salud Escolar podrá solicitar expedientes médicos/información de un proveedor o lugar que haya visitado su hijo/a.
- El Centro de Salud Escolar enviará los resultados de la visita a la clínica/doctor donde ven a su hijo/a normalmente.
- La PHHC, Centro de Salud Escolar y/o el Departamento de Salud Cincinnati (CHD) y la enfermera de la escuela, compartirán la información médica según sea necesario.
- La escuela tiene otros recursos comunitarios disponibles, incluyendo servicios de salud mental. Si los servicios de salud mental son necesarios, el centro de salud médico puede referirlo al profesional de salud mental en la escuela de su hijo/a o a un sitio de la comunidad. El profesional de salud mental se pondrá en contacto con su consentimiento. El centro de salud médico y el profesional de salud mental coordinarán el cuidado del niño(a), según sea necesario. Toda la información será estrictamente confidencial.
- Las fechas de servicio con respecto al cuidado médico, dental y de la vista (tales como vacunas, chequeos anuales de bienestar, y cuidado del asma) pueden ser compartidas con la escuela de su hijo(a) si usted está de acuerdo y firma el formulario de Autorización adjunto a este consentimiento.

Tengo el derecho de recibir o revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad. Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad:

- He recibido o revisado una copia (firma y fecha) _____
- No quiero una copia (firma y fecha) _____

Autorizo al Centro de Salud Escolar a llamar al teléfono de mi casa o al celular y dejar un mensaje con un adulto que responda la llamada o en un buzón de voz con respecto al cuidado médico de mi hijo(a), incluyendo resultados de laboratorio.

Firma – Padre/Madre o Tutor: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FLUORURO DIAMINO DE PLATA

El fluoruro diamino de plata (SDF, por sus siglas en inglés) es un líquido antimicrobiano que se usa para tratar la sensibilidad dental y para detener la caries dental. Puede que sea necesario re-aplicar SDF para controlar mejor el progreso de las caries y se recomienda usarse cada 3, 6 o 12 meses, pero puede aplicarse tan frecuentemente como sea necesario. El tratamiento con SDF puede postergar la necesidad de empastes dentales o coronas para reparar la función o estética. Los procedimientos adicionales pueden tener un costo separado.

Datos para su consideración:

- El procedimiento implica: 1) Aislamiento adecuado del área y secado de los dientes afectados. 2) Aplicar una pequeña cantidad de SDF en el área careada. 3) Dejar que el SDF actúe en la superficie del diente por lo menos por 1 minuto, preferiblemente hasta 4 minutos. 4) Enjuagar la lengua y la mucosa oral.
- No me deben tratar con SDF si: 1) Soy alérgico(a) a la plata o al amoníaco. 2) Hay llagas dolorosas o áreas en carne viva en las encías o en cualquier lugar en mi boca (es decir, gingivitis ulcerosa, gingivostomatitis).

Beneficios del tratamiento con SDF:

- Es rápido, fácil y sin dolor.
- No hay necesidad de anestesia.
- Ataca 80% de las caries cuando se aplica dos veces al año.
- Puede ayudar a aliviar la sensibilidad dental.
- Es una opción de tratamiento temporal para pacientes jóvenes, temerosos, o pacientes con necesidades especiales que pueden necesitar sedación para atención dental extensa.



Riesgos relacionados con el SDF:

- **El área afectada quedará manchada de negro permanentemente.** La estructura del diente sano no se manchará. La estructura del diente manchado no se puede cubrir con un empaste o con una corona en el futuro.
- Si por accidente el SDF es aplicado en las encías o en la piel, puede aparecer una mancha marrón o blanca. Este cambio de color no es perjudicial, pero no se puede lavar y desaparecerá en unos días a 2 semanas.
- Puede notar temporalmente un sabor metálico.
- El SDF puede que no funcione para todas las caries y la enfermedad puede progresar con una mala higiene bucal e impacto de alimentos. En ese caso, el diente afectado necesitará tratamiento adicional que puede implicar un empaste o una corona, terapia de tratamiento de canal/nervio, extracción, o referencia para atención dental especializada.

Las alternativas al SDF incluyen, entre otras:

- Ningún tratamiento, lo que puede conducir al progreso de caries, dolor intenso e infección dental más grave.
- Dependiendo de la zona y la magnitud de la caries dental, así como del nivel de comportamiento y cooperación del paciente, otros tratamientos pueden incluir barniz de fluoruro, un empaste o corona, extracción o referencia a un especialista.

Yo certifico que he leído y comprendido este consentimiento y el significado de su contenido. Todas las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He visto la foto que muestra la decoloración de las caries luego de la aplicación del SDF. Doy mi consentimiento para el tratamiento de Fluoruro Diamino de Plata (SDF) con un dentista u otro personal dental calificado en cualquier sitio dental operado por el Departamento de Salud de Cincinnati.

Nombre del paciente (Patient Name): _____

Fecha de nacimiento (Date of Birth): _____

Firma del tutor/paciente (Patient/Guardian Signature): _____

Fecha (Date): _____

Firma del personal dental de CHD (CHD Dental Staff Signature): _____

Fecha (Date): _____