



## Información de Inscripción en el Centro Médico Escolar

2021-2022

Estimado(a) padre/madre:

En colaboración con las Escuelas Públicas de Portland, Westbrook y South Portland y el Maine Medical Center, Greater Portland Health ofrece servicios del Centro Médico Escolar en: Portland High School, Deering High School, Casco Bay High School, PATHS y King Middle School, Westbrook High School y South Portland High School.

Le pedimos que complete el formulario de inscripción médica adjunto para permitir que su hijo tenga acceso a los servicios de salud escolar en su escuela. **Si su hijo ya tiene un proveedor médico primario regular o un proveedor de salud mental regular, igualmente puede inscribirlo en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health.** Nuestro objetivo es que todos los estudiantes y sus padres estén vinculados con un centro médico primario. El Centro Médico Escolar de Greater Portland Health complementa los servicios del proveedor médico primario regular de su hijo y coordina la atención con dicho proveedor según corresponda. Visite el sitio web de Greater Portland Health (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) para obtener más información.

Se presentarán las reclamaciones de seguros por los servicios prestados según corresponda. Si un paciente no tiene seguro, Greater Portland Health ofrece una escala móvil de tarifas.

<p><b>El Centro Médico Escolar de Greater Portland Health proporciona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de atención médica primaria</li> <li>• Servicios de salud conductual</li> <li>• Servicios psiquiátricos</li> <li>• Servicios de salud dental (inscripción separada)</li> <li>• Servicios de Telehealth (videoconferencia)</li> </ul>	<p><b>Las 5 razones principales para inscribir a su hijo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Personal amable y solidario</li> <li>2. Programación rápida y cómoda de citas (no necesita transporte)</li> <li>3. Coordinación con el proveedor médico primario de su hijo</li> <li>4. Atención de calidad y solidaria</li> <li>5. Supervisión fácil de condiciones crónicas</li> </ol>
--	--

### En este paquete encontrará:

- Formulario de inscripción médica: **llene, firme y entréguelo al centro de salud escolar o al enfermero escolar. Complételo aunque su hijo se haya inscrito el año pasado; se necesita la información actualizada.**
- Aviso de privacidad de Greater Portland Health: en el reverso de esta carta, *para que usted lo conserve.*
- Preguntas frecuentes sobre los Centros de Salud Escolares: *para que usted lo conserve.*
- *Si tiene más preguntas, comuníquese con Jason Goff, Gerente de Práctica para la Salud Escolar llamando al (207) 874-2141 x 8402 o enviando un correo electrónico a [jgoff@greaterportlandhealth.org](mailto:jgoff@greaterportlandhealth.org).*

**Busque un formulario aparte de inscripción al programa dental en el paquete de su hijo.**

## AVISO SOBRE EL USO DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

En este aviso se describe cómo puede usarse y revelarse su información médica y cómo usted puede acceder a dicha información. Por favor examínelo atentamente.

### Comprenda su expediente médico e información médica

Cuando usted visita Greater Portland Health, se abre un expediente de la visita. Dicho expediente puede contener sus síntomas, los resultados del examen y las pruebas, el diagnóstico, el tratamiento y un plan para su cuidado y servicios en el futuro. Dicha información, denominada expediente de salud/médico, es parte esencial de los cuidados y servicios de salud que le brindamos. La información sirve como:

- Base para planear su cuidado y tratamiento.
- Medio de comunicación con profesionales médicos que participan en su cuidado.
- Documento legal que describe el cuidado y los servicios que usted obtiene.
- Comprobación a terceros pagadores (compañía de seguros) de que se prestaron los servicios.

### Sus derechos con respecto a su información médica

A pesar de que su expediente de salud es propiedad física de Greater Portland Health, la información le pertenece a usted. Según las normas federales de privacidad, usted tiene derecho a:

- Recibir un aviso sobre el uso y la revelación de su expediente de salud/médico, incluso una copia impresa del aviso si se solicita.
- Solicitar restricciones sobre el uso y la revelación de su información médica, o solicitar que le enviemos sus comunicaciones confidenciales por otro medio.
- Inspeccionar y obtener una copia de su expediente.
- Solicitar que se enmiende su expediente de salud.

### Nuestras responsabilidades

Greater Portland Health tiene la obligación de:

- Mantener la privacidad de su información médica.
- Darle a usted un aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de Greater Portland Health con respecto a la información de salud que recopilamos y mantenemos sobre usted.
- Cumplir los términos de este aviso.
- Obtener su consentimiento antes de revelar su información de salud/médica.

Greater Portland Health se reserva el derecho a cambiar y revisar estas prácticas de privacidad para mantenerse en cumplimiento de la legislación federal y estatal. Si eso se exigiera, los pacientes/clientes recibirán un nuevo **Aviso sobre uso de la información médica** en la próxima visita.

### Revelaciones autorizadas sin consentimiento debido a asuntos de prioridad nacional

Greater Portland Health está autorizada a utilizar y revelar su información médica sin su consentimiento:

- Cuando lo exija la ley estatal o federal.
- A autoridades, como funcionarios médicos gubernamentales, la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés), organismos policiales, organizaciones de obtención de órganos, peritos médicos, en relación con indemnizaciones por accidentes de trabajo, cuando lo requieran ciertas funciones gubernamentales especializadas, incluso las fuerzas armadas y situaciones similares y otras agencias a cargo de la prevención o el control de enfermedades.

### Acuerdo para asistencia médica

Greater Portland Health está afiliada a Community Care Partnership of Maine (en adelante, “CCPM”), que constituye un “acuerdo para asistencia médica” orientado a mejorar la salud de las comunidades donde presta servicios. Los afiliados de CCPM, en colaboración con las compañías de seguros, recurren a análisis de la salud poblacional, evaluación de servicios prestados, actividades de valoración y mejora de la calidad, así como otras estrategias basadas en la evidencia a fin de mejorar el cuidado de su salud. Los afiliados son recíprocamente responsables por la salud de todos los pacientes atendidos por CCPM. Las entidades que constituyan este



acuerdo para asistencia médica incluyen a los siguientes centros médicos y hospitales comunitarios: Cary Medical Center, DFD Russell Medical Center, Fish River Rural Health, Katahdin Valley Health Center, Mayo Regional Hospital, Millinocket Regional Hospital, Nason Health Care, Pines Health Services, Penobscot Community Health Center, Greater Portland Health, Sebecook Family Doctors y St. Joseph Healthcare. El acuerdo para asistencia médica de CCPM permite que dichas entidades cubiertas por separado, incluso Greater Portland Health, compartan entre sí la información médica protegida según sea necesario para cumplir tratamientos autorizados, para las actividades de pago o atención médica relativas al trabajo del acuerdo para asistencia médica, a menos que de otra manera sea limitado por la legislación, reglas o reglamentos. La lista de entidades podrá actualizarse para incluir a entidades nuevas en el futuro. Puede consultar la lista más actualizada en el sitio web [www.ccpmmaine.org/members](http://www.ccpmmaine.org/members) o si llama al 207-992-9200.

**Para más información, para solicitar información o para reportar un problema**

Si tiene alguna pregunta puede comunicarse con Greater Portland Health, 180 Park Ave, Portland, ME 04102. (207) 874-2141. [www.greaterportlandhealth.org](http://www.greaterportlandhealth.org). Si cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Funcionario de Privacidad y Seguridad (Privacy and Safety Officer) en la dirección anterior o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services), Washington, DC. No se tomarán represalias por presentar una queja.

## Inscripción en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health

### Formulario de autorización para el uso y revelación de información de atención médica

Mediante mi firma abajo, reconozco y acepto lo siguiente, con respecto a la inscripción de mi hijo en el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health (“el Centro Médico Escolar de GPH”) y la revelación del expediente de salud de mi hijo y la información relacionada:

- He recibido y leído el Aviso de prácticas sobre información médica del Centro Médico Escolar de GPH que informa sobre la manera en que la información de salud en el expediente de salud de mi hijo puede usarse y revelarse, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Ley HIPAA.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a acceder al expediente de salud escolar de mi hijo, incluyendo, entre otros, los expedientes físicos, de conducta y de orientación si los hay, y toda información relacionada, con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro Médico de GPH.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a proveer a la Escuela (incluyendo al enfermero y a trabajadores sociales) información de los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH según sea necesario y apropiado con fines relativos al tratamiento o, como se requiera de alguna otra manera o lo permita la ley, según lo determine el Centro Médico de GPH.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a compartir la información en los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH (incluyendo los expedientes de salud escolar si están incluidos en el expediente del Centro Médico Escolar de GPH) con otros médicos y proveedores tratantes, incluyendo proveedores de atención primaria, dentistas, y profesionales de salud mental, para facilitar la prestación de atención médica a mi hijo.
- Autorizo al proveedor de atención primaria, dentista y profesional de salud mental de mi hijo (“Terceros proveedores”) a entregar información y expedientes de salud al Centro Médico Escolar de GPH para facilitar la prestación de atención médica por parte del Centro Médico Escolar de GPH a mi hijo. Entiendo que dichos Terceros proveedores pueden solicitarme que firme una autorización independiente para permitir la revelación de los expedientes relacionados con el tratamiento por parte de Terceros proveedores.
- Autorizo al Centro Médico Escolar de GPH a revelar información de los expedientes del Centro Médico Escolar de GPH según sea necesario para facturar a las compañías de seguro u otros pagadores.
- Entiendo y estoy de acuerdo con que: i) esta autorización es válida durante un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se disponga aquí una duración más corta; y que (ii) puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación escrita sobre el retiro de la autorización, excepto en la medida en que el Centro Médico Escolar de GPH lo haya hecho conforme al consentimiento original.

✍ **Firma del padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

## Formulario de inscripción en el Centro Médico Escolar 2021-2022

**\*\*Completar y devolver a la escuela\*\***

Nombre de la escuela: _____	Nivel de grado escolar: _____
Nombre del estudiante: _____ (como figura en la tarjeta MaineCare, si corresponde)	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género _____
Dirección: _____	Cód. postal: _____ Sin vivienda <input type="checkbox"/>
Teléfono del padre/madre: _____ Acepta mensaje Sí/No	
Dirección de correo electrónico para Telehealth _____	

Nombre del seguro _____ Póliza N.º _____ Grupo N.º _____ Dirección para reclamaciones _____ Nombre del garante/padre/madre: _____ Teléfono N.º: _____ Número de identificación de MaineCare (termina en A) _____	<p><b>¿No tiene seguro?: SÍ / NO</b></p> <p>Si no tiene seguro, uno de nuestros consejeros de asistencia financiera se pondrá en contacto con usted <u>para hablar sobre seguros</u> y las opciones de nuestra escala móvil y tarifas.</p>
---	--

<p><b>Información de salud:</b></p> Médico primario/proveedor de atención médica: _____ Mi hijo tuvo un examen físico en los dos últimos años. ___ Sí ___ No ___ No estoy seguro Mi hijo necesitará vacunas este año. ___ Sí ___ No ___ No estoy seguro ¿Su hijo tiene asma? Sí/No ¿Tiene un plan escrito para tratar el asma en la escuela? Sí/No ¿Su hijo tiene diabetes? Sí/No ¿Tiene un plan escrito para tratar la diabetes en la escuela? Sí/No Otros problemas de salud física, dental o mental: _____	<p><b>Historial de salud personal o familiar:</b> Indique si en el historial familiar hay cualquiera de estas condiciones de salud:</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>___ <b>Alergias</b></td> <td>___ Diabetes</td> </tr> <tr> <td>___ Trastorno inmunológico</td> <td>___ Asma</td> </tr> <tr> <td>___ Enfermedad del corazón</td> <td>___ Tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>___ Enfermedad mental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>___ Abuso de alcohol o drogas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>___ Presión arterial alta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>___ Colesterol alto</td> <td></td> </tr> </table>	___ <b>Alergias</b>	___ Diabetes	___ Trastorno inmunológico	___ Asma	___ Enfermedad del corazón	___ Tuberculosis	___ Enfermedad mental		___ Abuso de alcohol o drogas		___ Presión arterial alta		___ Colesterol alto	
___ <b>Alergias</b>	___ Diabetes														
___ Trastorno inmunológico	___ Asma														
___ Enfermedad del corazón	___ Tuberculosis														
___ Enfermedad mental															
___ Abuso de alcohol o drogas															
___ Presión arterial alta															
___ Colesterol alto															

Raza del estudiante:	_____ Blanco	_____ Negro, africano, afroamericano	_____ Otro isleño del Pacífico	_____ Asiático
	_____ Indio sudamericano/centroamericano/norteamericano, nativo de Alaska	_____ Nativo hawaiano	_____ Multirracial	
Origen étnico del estudiante:	_____ Hispano/latino	_____ No hispano/latino		

Ingreso total anual del grupo familiar: _____	Número total de familiares que viven en la vivienda: _____
Nombre del jefe de familia: _____	Parentesco con el estudiante: _____

**Al firmar este formulario, reconozco y entiendo que:**

- He recibido y leído la carta a los padres sobre el Centro Médico Escolar de Greater Portland Health (“GPH”), que explica lo que es el Centro Médico Escolar de GPH y qué servicios y beneficios podría brindar a mi hijo.
- El Centro Médico Escolar de GPH es una entidad separada de la escuela y de la sala de enfermería escolar. El Centro Médico Escolar de GPH provee evaluaciones de atención primaria y una gama de tratamiento de salud en un lugar de la escuela en tanto que se comunica con otros proveedores de atención médica que también pueden participar en la atención de mi hijo.
- Este consentimiento es válido por el tiempo que el estudiante esté inscrito en el Sistema Escolar de Portland, de Westbrook o de South Portland, o hasta que se transfiera a otra escuela (es decir, de la escuela media a la secundaria). Cuando mi hijo se transfiera de la escuela media a la secundaria, deberé volver a inscribirlo en el Centro Médico Escolar si deseo que continúe recibiendo los servicios del Centro Médico Escolar de GPH.
- Se me requiere leer y firmar el Formulario de autorización para el uso y la revelación de información de atención médica relativo a la inscripción de mi hijo en el Centro Médico Escolar de GPH.

**He leído completamente este formulario y estoy de acuerdo con inscribir a mi hijo en este momento en el Centro Médico Escolar de GPH.**

☞ Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_