



Estimado Padre / Tutor,

Nuestro Centro de Salud Escolar está dedicado a ofrecer servicios integrales de salud a todos los estudiantes de esta escuela. Los servicios en el centro de salud escolar incluyen lo siguiente:



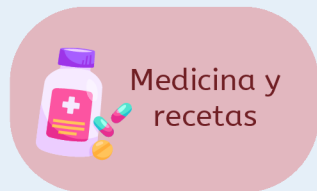
Visitas de
Emergencia y
Enfermedad



Vacunas



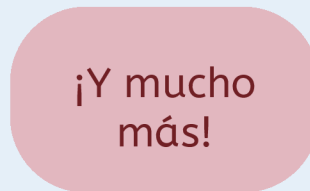
Exámenes
Físicos



Medicina y
recetas



Consejería de Salud
Mental



¡Y mucho
más!

¿Qué es un Centro de Salud Escolar?

Un centro de salud escolar es un centro médico dentro de la escuela de su hijo/a que es operado por un hospital o clínica local para ofrecer servicios de atención médica a todos los estudiantes de la escuela.

¿Cómo pueden utilizar los servicios del centro de salud?

¡Complete un formulario de consentimiento para inscribir a su hijo/a en el centro de salud escolar! Esto permitirá que su hijo/a reciba servicios integrales de salud en su escuela. Esto ayuda a minimizar el tiempo que su hijo/a pase fuera de clase y el tiempo que usted pase fuera del trabajo. Sin inscribirse en el centro de salud de la escuela, su hijo/a solo podrá recibir servicios limitados (atención de emergencia y vacunas).

¿Qué pasa si mi hijo/a no tiene un Número de Seguro Social? ¿Puede ser visto en el centro de salud escolar?

¡SÍ! El estatus migratorio **NO** impide que su hijo sea visto en el SBHC. Su hijo todavía puede recibir servicios sin un número de seguro social. Puede ser que El SBHC le pida el número de seguro social pero es solamente para verificar si él o ella tiene Medicaid u otro seguro. Sin embargo, esto no es necesario para recibir servicios en el SBHC.

¿Cuánto cuesta? ¿Necesitan seguro médico?

¡Su hijo/a puede recibir servicios en el centro de salud sin costo alguno para usted y sin importar el estatus de seguro médico! Si tiene seguro médico, el centro puede facturar a su seguro pero usted no será responsable por el costo de los servicios.

¿Qué sucede si mi hijo ya tiene un médico de atención primaria?

No necesita cambiar su médico de atención primaria para que su hijo/a reciba servicios en el centro de salud escolar. El proveedor del centro de salud escolar complementará la atención que su hijo/a recibe de su médico de atención primaria.

Visite nuestro centro de salud en la Sala B06
o llame al (718) 834-2981 para obtener más información.



Su hijo/a puede recibir servicios de salud de manera fácil y rápida a través del Centro de Salud Escolar de Brooklyn Plaza Medical Center, Inc School-Based Health Center!

Estimado padre o tutor:

Nos complace informarle que la escuela de su hijo/a cuenta con un Centro de Salud Escolar (School-Based Health Center, SBHC). El SBHC cuenta con profesionales certificados de Brooklyn Plaza Medical Center, Inc.

Tenga en cuenta que su hijo/a puede usar los servicios del Centro de Salud Escolar y a la vez consultar con sus otros médicos. Firmar esta autorización no cambia el seguro médico de su hijo/a, ni cambia su médico primario y tampoco afecta la cantidad de veces que puede ver al médico primario.

En el Centro de Salud Escolar, su hijo/a puede recibir los servicios que se indican más abajo **sin costo alguno** e independientemente de si tiene o no seguro médico. Sin embargo, si su hijo/a tiene seguro médico, el SBHC tiene permitido facturar al seguro médico. **No hay copagos** por el uso de los servicios del SBHC y **usted nunca recibirá una factura**. Si su hijo/a tiene seguro médico, asegúrese de incluir los datos en la sección correspondiente del formulario de autorización adjunto.

Los servicios del Centro de Salud Escolar incluyen:

- Servicios de salud primarios
 - Exámenes físicos (incluye exámenes para actividades deportivas y documentos de trabajo)
 - Vacunas
 - Manejo de medicamentos con y sin receta
 - Pruebas de laboratorio
 - Examen de visión, asma y otras enfermedades
 - Tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
 - Para adolescentes: Servicios de salud reproductiva adecuados para la edad del estudiante
- Educación sobre la salud
- Servicios dentales (donde estén disponibles)
- Consejería de salud mental
- Visitas médicas virtuales (donde estén disponibles)

El Centro de Salud Escolar está ubicado en el salón Room B06 de la escuela de su hijo/a, y presta servicio todos los días en que haya clases, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. Durante los fines de semana y después del horario habitual, tendrá acceso a un médico de turno.

Para inscribir a su hijo/a, **lea, complete y firme** el formulario de inscripción adjunto. Si tiene una copia del examen físico anual más reciente (de los últimos 12 meses), por favor, proporcione una copia. Si no tiene una copia, firme el formulario de autorización de HIPAA para que podamos obtener la información médica pertinente del médico de cabecera de su hijo/a. Usted o su hijo/a pueden devolver el formulario de inscripción completo al Centro de Salud Escolar, en la sala B06. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **(718) 834-2981**.

Nos dará muchísimo gusto conocerlos y proporcionarle servicios de salud a su hijo.

Atentamente,

Dr. Pascale Kersaint, MD
Director médico o administrador del programa
Brooklyn Plaza Medical Center, Inc.

Dr. Kinsley Kwateng, Ph.D
Director de escuela
Benjamin Banneker Academy for Community Development

Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar**Dirección del proveedor de servicios de salud:** 77 Clinton Ave Room B06, Brooklyn, NY 11205**Nombre(s) de la(s) escuela(s):** Benjamin Banneker Academy for Community Development

Tenga en cuenta que su hijo puede usar los servicios del Centro de Salud Escolar y a la vez consultar con sus otros médicos. Firmar esta autorización no cambia su seguro médico, ni cambia su médico privado y tampoco afecta el número de veces que su hijo puede ver a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DEL PADRE
Apellido del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año Dirección del estudiante: _____ Ciudad Estado Código postal Escuela: _____ Grado: _____ N.º de identificación estudiantil (OSIS): _____ Celular del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ *N.º de Seguro Social del estudiante: _____ *Campo opcional: Se usa exclusivamente para fines de seguro médico Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino Pronombres: _____ Identidad de género (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Transgénero ☐ Otro: _____ Raza (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Negro o afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Multirracial ☐ Indígena de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Indígena de Estados Unidos o Alaska ☐ Otro _____ Etnia: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino	Padre o tutor legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de la casa/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Padre o tutor legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de la casa/trabajo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____ Si usted es el tutor legal, indique su parentesco con el estudiante: ☐ Abuelo(a) ☐ Tío(a) ☐ Padre de crianza temporal ☐ Otro: _____ Idioma de preferencia del padre/tutor: _____ CONTACTO ADICIONAL PARA EMERGENCIAS Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD	
¿Su hijo tiene un médico de cabecera? ☐ Sí ☐ No Nombre: _____ Nombre del consultorio/clínica: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____	¿Su hijo visita a un dentista con regularidad? ☐ Sí ☐ No Nombre: _____ Nombre del consultorio/clínica: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____
DATOS SOBRE LA FARMACIA Y EL SEGURO MÉDICO	
¿Su hijo tiene Medicaid? ☐ No ☐ Sí: # ID Medicaid: _____ ¿Su hijo tiene Child Health Plus? ☐ No ☐ Sí: Número de Child Health Plus: _____ ¿Su hijo tiene algún otro seguro médico? ☐ No ☐ Sí. Plan médico: _____ N.º de identificación del miembro/póliza: _____ Nombre del asegurado: _____	Incluya los datos de la farmacia a la cual podemos enviar recetas. Farmacia: _____ Dirección de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: _____ Si su hijo no tiene seguro médico, ¿desearía que un representante se comunique con usted para ayudarle a obtener seguro médico? ☐ No ☐ Sí ¿Cuál es el mejor momento del día para comunicarse con usted? _____
Casilla 1. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA SERVICIOS MÉDICOS PRIMARIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR Firme las casillas 1 y 2	
Leí y comprendo los servicios detallados en la casilla 1 de la página siguiente, y con mi firma autorizo que mi hijo reciba los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar (HCSP) _____ Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. _____. Mi firma indica que recibí una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad, y que autorizo que se contacte a otros proveedores que hayan examinado a mi hijo. PARA TENER EN CUENTA: Por ley, no se requiere autorización de los padres para realizar exámenes obligatorios, aplicar tratamiento de primeros auxilios, cuidados prenatales, servicios relacionados con comportamiento sexual y prevención del embarazo, y proporcionar servicios cuando parezca peligrar la salud del estudiante. No se requiere la autorización de los padres para los estudiantes mayores de 18 años que sean padres de familia, estén casados, estén legalmente emancipados, se hayan fugado del hogar o sean jóvenes sin hogar. X _____ Firma del padre/tutor Fecha	
Casilla 2. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA	
Leí y entiendo los términos sobre la divulgación de información médica en la casilla 2 al dorso de este formulario. Mi firma indica mi autorización para que se divulgue información médica tal como se especifica en la casilla 2 únicamente. X _____ Firma del padre/tutor Fecha	
Casilla 3. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR	
Leí y comprendo los servicios dentales detallados en la casilla 3 adjunta, y con mi firma autorizo que mi hijo reciba los servicios dentales enumerados proporcionados por el Centro de Salud Escolar (HCSP) _____ Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. _____. X _____ Firma del padre/tutor Fecha	

Formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar**SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR****CASILLA 1**

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios médicos proporcionados por profesionales de la salud con certificación del Estado de Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. (HCSP) como parte del programa de salud de la escuela, el cual fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que, la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor de salud se garantizará en las áreas específicas de servicio que establece la ley, y que se exhortará a los estudiantes a que involucren a sus padres o tutores en las decisiones de cuidado médico y orientación. Los servicios del Centro de Salud Escolar pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Servicios de salud escolar obligatorios, entre ellos exámenes de vista, audición, asma, obesidad, escoliosis y otros problemas de salud, primeros auxilios y las vacunas requeridas y recomendadas (las vacunas necesitan un permiso adicional).
2. Exámenes físicos minuciosos (examen médico completo) que incluyen aquellos concernientes a la escuela, actividades deportivas, documentación para obtener empleo y nuevas inscripciones.
3. Exámenes médicos de laboratorio por indicación médica para enfermedades como anemia, anemia falciforme 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 referidos.
6. Para estudiantes adolescentes: Servicios de cuidado médico relacionados con la reproducción, incluyendo orientación sobre abstinencia, anticonceptivos (suministro de píldoras anticonceptivas, condones, la inyección Depo, LARC y otros métodos aprobados por la FDA), pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de VIH y referidos, de acuerdo con la edad e indicación médica.
7. Educación y orientación en materia de salud para la prevención de conductas de riesgo, tales como el consumo de tabaco, drogas o alcohol; educación relacionada con la abstinencia de relaciones sexuales y la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y el VIH, de acuerdo con la edad e indicación médica.
8. Examen de salud oral y tratamiento con flúor, donde estén disponibles.
9. Referidos para servicios no proporcionados por el Centro de Salud Escolar.
10. Cuestionario/encuesta anual sobre salud.

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD, DE CONFORMIDAD CON LA LEY HIPAA****CASILLA 2**

Mi firma al dorso de este formulario autoriza la divulgación de información sobre salud según se especifica más abajo. Las leyes federales y estatales de privacidad podrían impedir la divulgación de esta información.

Al firmar este documento, autorizo la divulgación de información de salud al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, tal como se indica más abajo, ya sea porque lo ordena la ley o por disposición del canciller o porque sea necesario para proteger la salud y el bienestar 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. Negarse a proporcionar esta información podría traer como consecuencia que el estudiante sea excluido de la escuela.

He aclarado las preguntas que tenía sobre este formulario. Comprendo que no tengo la obligación de permitir que se divulgue la información de salud de mi hijo, y que puedo cambiar de parecer en cualquier momento y revocar mi autorización por escrito al Centro de Salud Escolar. 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 Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. (HCSP) a divulgar información médica específica con el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York del estudiante mencionado en el reverso de la página.

Autorizo al Centro de Salud Escolar a divulgarle al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (y viceversa) la información médica descrita más abajo, a fin de cumplir con los requisitos reglamentarios y garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo. Comprendo que esta información será confidencial de conformidad con la ley federal y estatal y las disposiciones del canciller sobre confidencialidad.

Comprendo que la información que se le divulgará al Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York, ya sea para cumplir con los requisitos legales o para garantizar que la escuela tenga la información necesaria para proteger la salud y el bienestar de mi hijo, podría incluir, entre otros, lo siguiente:

Examen físico integral (Formulario CH-205 o su equivalente) Vacunas (obligatorias/recomendadas) Resultados de exámenes de visión y audición	Cualquier otra información que se considere necesaria para proteger la salud o el bienestar del estudiante
Diagnóstico de enfermedades crónicas (incluyendo el formulario para la administración de medicamentos o el formulario de administración de medicamentos para la diabetes) Enfermedades que limitan la actividad diaria del estudiante	Información requerida para completar el Informe de Incidentes del DOE o el Formulario para directores de la Oficina de Salud Escolar sobre los informes OORS
Diagnóstico de ciertas enfermedades infecciosas (NO incluye datos sobre la infección por VIH o enfermedades de transmisión sexual)	Enfermedades que requieran transporte al departamento de emergencias de un hospital
Documentos del Programa de Educación Individualizado (<i>Individualized Education Program, IEP</i>)	Cobertura del seguro médico Inscripción en el Centro de Salud Escolar

Período durante el cual se autoriza la entrega de la información:

De: Fecha en que se firma el formulario en el reverso de la página

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

AVISO: Este formulario de autorización de los padres para el Centro de Salud Escolar fue aprobado por el DOE / la OSH.

SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA

CASILLA 3

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios dentales proporcionados por profesionales de la salud con certificación de _____ Brooklyn Plaza Medical Center, Inc. (HCSP), como parte del programa de salud dental de la escuela, el cual fue aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los servicios dentales preventivos del Centro de Salud Escolar podrían incluir los siguientes:

1. Examen por un dentista o higienista dental
2. Limpieza dental
3. Sellantes dentales
4. Tratamiento de flúor
5. Aplicación de flúor diamino de plata (*Silver Diamine Fluoride, SDF*), si está disponible. *El SDF podría aplicarse en los dientes posteriores para detener el progreso de las caries. Este puede llegar a decolorar las caries a un color café o negro.*
6. Rayos X dentales, donde estén disponibles (si son necesarios)
7. Referidos (si son necesarios)

Para otros servicios aparte de los preventivos que se mencionan aquí, el HCSP avisará al padre o tutor sobre los servicios y tratamientos recomendados para su hijo **antes** de proporcionarlos. Estos podrían incluir rellenos, extracciones y el uso de anestesia u otros medicamentos.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE CONFORMIDAD CON HIPAA****[Este formulario fue aprobado por el Departamento de Salud del estado de Nueva York]**

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección del paciente		

Yo o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica con relación a mi atención se divulgue como se establece en este formulario:

De acuerdo con la Ley del estado de Nueva York y el Reglamento de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996 (HIPAA), yo entiendo que:

1. Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con las notas de **TRATAMIENTO POR ABUSO DE ALCOHOL y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto las notas de psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH*** solo si coloco mis iniciales en la línea adecuada en el punto 9(a). En caso de que la información médica descrita a continuación incluya cualquiera de estos tipos de información y coloco mis iniciales en la línea en la casilla del punto 9(a), yo autorizo específicamente la divulgación de esa información a la(s) persona(s) indicada(s) en el punto 8.

2. Si estoy autorizando la divulgación de información relacionada con el VIH, tratamiento de alcohol o drogas o información de tratamiento de salud mental, el beneficiario tiene prohibido volver a divulgar esa información sin mi autorización a menos que se lo permita la ley federal o estatal. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH sin autorización. Si soy víctima de discriminación debido a la divulgación o intercambio de información relacionada con el VIH, me puedo comunicar con la División de Recursos Humanos del estado de Nueva York al (212) 480-2493 o la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

3. Yo tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito al solicitarlo al proveedor de atención médica que se indica a continuación. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización excepto en la medida que se haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

4. Yo entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se condicionará en base a mi autorización de esta divulgación.

5. La información divulgada bajo esta autorización la podría volver a divulgar el receptor (excepto como se indica arriba en el punto 2), y esta nueva divulgación podría ya no estar protegida por la ley federal o estatal.

6. ESTA AUTORIZACIÓN NO LE AUTORIZA DISCUTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA O DE ATENCIÓN MÉDICA CON NADIE MÁS QUE EL ABOGADO O LA AGENCIA DE GOBIERNO QUE SE ESPECIFICA EN EL PUNTO 9(b).

7. Nombre y dirección del proveedor médico o entidad para divulgar esta información: Médico/ca de atención primaria o Especialista médico/a	
8. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o categoría de persona a quien se debe enviar esta información: Brooklyn Plaza Medical Center, SBHC: Benjamin Banneker Academy, 77 Clinton Ave Rm B06, Brooklyn, NY 11205	Tel:(718) 834-2981 Fax:(877) 460-4752

9(a). Información específica a divulgar:

☐ Registro médico de (insertar fecha) _____ a (insertar fecha) _____

☒ El registro médico completo, incluyendo historias clínicas del paciente, notas del consultorio (excepto las notas de psicoterapia), resultados de análisis, estudios de radiología, radiografías, consultas, registros de facturación, registros de seguro y registros enviados a usted por otros proveedores de atención médica.

☐ Otro: _____

Incluye: (Indicar con iniciales)

_____ Tratamiento de alcohol/drogas

_____ Información de salud mental

_____ Información relacionada con el VIH

Autorización para discutir información médica

(b) ☐ Coloque aquí sus iniciales _____ Yo autorizo _____
Iniciales Nombre del proveedor individual de atención médica
para discutir mi información médica con mi abogado o con la agencia de gobierno que se indica aquí:

_____ (Nombre del abogado/firma o nombre de la agencia de gobierno)

10. Razón para divulgar la información: ☒ A solicitud de una persona individual ☐ Otro: _____	11. Fecha o evento en que rescindirá esta autorización: Graduación o la fecha/evento que he enumerado: _____
12. Si no es el paciente, nombre de la persona que firma el formulario: _____	13. Autoridad para firmar en nombre del paciente: Madre/Padre/Tutor legal

Se completaron todos los puntos en este formulario y se respondieron mis preguntas sobre el mismo. Además, me proporcionaron una copia del formulario.

Firma del paciente o representante autorizado por la ley.

Fecha: _____

* El virus de inmunodeficiencia humana causa el SIDA. La Ley de salud pública del estado de Nueva York protege la información que razonablemente podría identificar a alguien que tiene la infección o los síntomas del VIH y la información relacionada con los contactos de una persona. 51-0102S (Rev. 11/13) White – Record Yellow – Member



Brooklyn Plaza Medical Center, School-Based Health Center: Benjamin Banneker Academy
77 Clinton Avenue Room B06, Brooklyn, NY 11205
Phone: (718) 834-2981 Fax: (718) 834-4782

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

MEDICAMENTOS	ALERGIAS																																
¿Su hijo toma algún medicamento? (incluido el albuterol) ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique sus nombres y dosis a continuación <table border="1"><thead><tr><th>Medicamento</th><th>Dosificación</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table> Si su hijo/a trae algún medicamento a la escuela, por ejemplo, EpiPen, complete un formulario de administración de medicamentos con su médico** Padres: Si su hijo/a está enfermo y necesita medicación, ¿adónde desean que le enviemos la receta? Nombre de la farmacia preferida: _____ Teléfono y/o dirección de la farmacia: _____	Medicamento	Dosificación	_____	_____	_____	_____	_____	_____	¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique las sustancias y el tipo de reacción. <table border="1"><thead><tr><th>Sustancia</th><th>Reacción (urticaria, sarpullido)</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table> ¿Su hijo/a tiene un EpiPen? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, complete el formulario de administración de medicamentos** ¿Desea que su hijo/a tenga un EpiPen? ☐ Sí ☐ No Para consultar con el dentista, marque si su hijo es alérgico a alguno de estos productos: <table border="1"><tbody><tr><td>Aspirina</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Barbitúricos (pastillas para dormir)</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Codeína</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Yodo</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Látex</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Anestésico local</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Penicilina</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr><tr><td>Sulfamidas</td><td>☐ Sí ☐ No</td></tr></tbody></table>	Sustancia	Reacción (urticaria, sarpullido)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Aspirina	☐ Sí ☐ No	Barbitúricos (pastillas para dormir)	☐ Sí ☐ No	Codeína	☐ Sí ☐ No	Yodo	☐ Sí ☐ No	Látex	☐ Sí ☐ No	Anestésico local	☐ Sí ☐ No	Penicilina	☐ Sí ☐ No	Sulfamidas	☐ Sí ☐ No
Medicamento	Dosificación																																
_____	_____																																
_____	_____																																
_____	_____																																
Sustancia	Reacción (urticaria, sarpullido)																																
_____	_____																																
_____	_____																																
_____	_____																																
Aspirina	☐ Sí ☐ No																																
Barbitúricos (pastillas para dormir)	☐ Sí ☐ No																																
Codeína	☐ Sí ☐ No																																
Yodo	☐ Sí ☐ No																																
Látex	☐ Sí ☐ No																																
Anestésico local	☐ Sí ☐ No																																
Penicilina	☐ Sí ☐ No																																
Sulfamidas	☐ Sí ☐ No																																

HISTORIA FAMILIAR

Marque con una "X" o "✓" si alguna persona relacionada con su hijo por sangre tiene/tuvo alguno de los siguientes:

Condición	Padre	Abuelo lado paterno	Abuela lado paterno	Madre	Abuelo lado materno	Abuela lado materno
Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hipertensión (presión arterial alta)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastorno sanguíneo/anemia de células falciformes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Muerte súbita/inexplicable antes de los 50 años	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Desconocido	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIONES

¿Su hijo/a se ha sometido a alguna cirugía, incluyendo cirugías orales?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, ¿qué tipo de cirugía? _____ Mes y año de la cirugía: _____
¿Su hijo/a ha estado hospitalizado/a alguna vez?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, ¿por qué? _____ Mes, año y duración de la hospitalización: _____

**Los formularios de administración de medicamentos para asma, alergias, diabetes, convulsiones, etc. están disponibles en www.schools.nyc.gov o a pedido del coordinador 504 de la escuela o del centro de salud escolar.

HISTORIAL DE SALUD

¿Cuándo fue el último examen físico anual de su hijo/a? (_____/_____) ☐ No estoy seguro/a
Mes Año

¿Cuándo fue el último examen dental de su hijo/a? (_____/_____) ☐ No estoy seguro/a
Mes Año

Marque si su hijo/a tiene/tuvo alguno de los siguientes:

TDAH/Discapacidad de aprendizaje	☐ Sí ☐ No	Restricciones dietéticas	☐ Sí ☐ No	Neumonía	☐ Sí ☐ No
SIDA/VIH	☐ Sí ☐ No	Trastorno alimentario	☐ Sí ☐ No	Radiación	☐ Sí ☐ No
Alergias**	☐ Sí ☐ No	Enfisema	☐ Sí ☐ No	Enfermedad respiratoria	☐ Sí ☐ No
Anemia (bajo nivel de hierro)	☐ Sí ☐ No	Epilepsia/convulsiones**	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Artritis, reumatismo	☐ Sí ☐ No	Desmayos o mareos	☐ Sí ☐ No	Escarlatina	☐ Sí ☐ No
Válvula cardíaca artificial	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Escoliosis	☐ Sí ☐ No
Articulaciones artificiales	☐ Sí ☐ No	Dolor de cabeza/migraña	☐ Sí ☐ No	Dificultad para respirar	☐ Sí ☐ No
Asma**	☐ Sí ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Sí ☐ No	Problemas sinusales	☐ Sí ☐ No
Problemas de espalda	☐ Sí ☐ No	Problemas cardíacos	☐ Sí ☐ No	Erupción cutánea	☐ Sí ☐ No
Anomalías hemorrágicas	☐ Sí ☐ No	Hepatitis (enfermedad hepática)	☐ Sí ☐ No	Accidente cerebrovascular	☐ Sí ☐ No
Enfermedades de la sangre	☐ Sí ☐ No	Hipertensión arterial	☐ Sí ☐ No	Pies/tobillos hinchados	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Ictericia	☐ Sí ☐ No	Glándulas del cuello hinchadas	☐ Sí ☐ No
Dependencia química	☐ Sí ☐ No	Dolor de mandíbula	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☐ No
Quimioterapia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Lesiones cardíacas por congestión	☐ Sí ☐ No	Enfermedad hepática	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Cortisona Tratamientos	☐ Sí ☐ No	Presión arterial baja	☐ Sí ☐ No	Tumor o crecimiento en cabeza/cuello	☐ Sí ☐ No
Tos persistente	☐ Sí ☐ No	Prolapso de la válvula mitral	☐ Sí ☐ No	Úlcera	☐ Sí ☐ No
Depresión	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad venérea o ITS/ETS	☐ Sí ☐ No
Diabetes**	☐ Sí ☐ No	Atención psiquiátrica	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso inexplicable	☐ Sí ☐ No

Si marcó sí para un artículo, ¿hay algo más que le gustaría que sepamos sobre esta condición?

¿Ha tomado su hijo/a alguna vez bifosfonatos? Por ejemplo, Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel, Boniva
☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado su hijo/a alguna vez algún medicamento del grupo conocido como "fen-phen"? Estos incluyen combinaciones de Lonmin, Adipex, Fastin, marcas comerciales de fentermina, Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina)
☐ Sí ☐ No

*** FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL ***

He revisado este formulario con mi hijo/a y lo he completado según mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____

(o del estudiante si tiene 18 años o más o si la ley lo permite)

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta): _____

(o del estudiante si tiene 18 años o más o si la ley lo permite)

**Los formularios de administración de medicamentos para asma, alergias, diabetes, convulsiones, etc. están disponibles en www.schools.nyc.gov o a pedido del coordinador 504 de la escuela o del centro de salud escolar.