



## Información de Inscripción en el Centro Médico Escolar (SBHC, School-Based Health Center)

Estimado(a) padre/madre/tutor:

En colaboración con las escuelas públicas de Portland, Westbrook y South Portland y Maine Medical Center, Greater Portland Health (GPH) ofrece el servicios de Centros de Salud en la escuela en: Portland, Deering, y Casco Bay High Schools, PATHS, King Middle School, Westbrook High School y Middle School, y South Portland High School y Middle School.

Por favor, complete el formulario de inscripción médica adjunto para permitir que su hijo(a) tenga acceso a los servicios de salud escolar en su escuela y en cualquier School-Based Health Center de GPH y en cualquier centro de atención médica primaria de GPH. **Aún si su hijo(a) ya tiene un proveedor médico primario regular o un proveedor de salud mental regular, usted puede inscribirlo en el programa School-Based Health Center de GPH.** Nuestro objetivo es que todos los estudiantes y sus padres estén vinculados con un centro médico primario. Los School-Based Health Centers de GPH complementan los servicios del proveedor médico primario regular de su hijo(a) y coordinan la atención con dicho proveedor según corresponda. Visite el sitio web de GPH (<http://www.greaterportlandhealth.org/>) para obtener más información.

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Los School-Based Health Centers de Greater Portland Health proporcionan:</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 telesalud</li> <li>• Administración logística de los anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia</li> <li>• Flebotomía</li> </ul> | <p><b>Las 5 razones principales para inscribir a su hijo(a):</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(a)</li> <li>4. Atención de calidad y personalizada</li> <li>5. Supervisión fácil de condiciones crónicas</li> </ol> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**En este paquete encontrará:**

- Formulario de inscripción médica: **llene, firme y entréguelo al School-Based Health Center o al/la enfermero(a) escolar, incluso si su hijo(a) se inscribió el año pasado, nuestros formularios han cambiado y necesitamos tener la información actualizada.**
- Autorización para la divulgación de información: **firmo y entréguela al School-Based Health Center o al/la enfermero(a) de la escuela, incluso si su hijo(a) ya estuvo inscrito(a) el año pasado.**
- Solicitud para el uso de TigerConnect para mensajes de texto: **firmo y devuélvala al School-Based Health Center o a el/la enfermero(a) de la escuela, incluso si su hijo(a) ya estuvo inscrito el año pasado para usar esta aplicación de mensajes de texto.**
- Aviso de prácticas de información de salud de Greater Portland Health: en el reverso de esta carta, *para que usted lo conserve.*
- Preguntas frecuentes (FAQ) sobre los School-Based Health Centers de GPH: *para que usted lo conserve.*

*Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (207) 874-2141 x 8402 o envíenos un correo electrónico a [gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org](mailto:gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org)*



## AVISO DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

En este aviso se describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede acceder a dicha información.

### 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.
- Verificación para 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 divulgación de su expediente de salud/médico, incluso una copia impresa del aviso si lo 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 de prácticas de información de salud** en la próxima visita.

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

Greater Portland Health está autorizada a utilizar y divulgar su información de salud/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, DDF 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, Sebasticook 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 llamando 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.



CARING FOR THE WHOLE COMMUNITY

# Formulario de inscripción en el Centro médico escolar (SBHC - School-Based Health Center) de GPH

Complételo y devuélvalo a la escuela

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_

Nombre del/la estudiante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre como figura en la tarjeta de MaineCare si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo legal (seleccione uno): M F

Dirección: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_ Sin vivienda |

Teléfono del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejarle un mensaje? Sí / No

Correo electrónico del estudiante para Telehealth: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Seguro: _____ Póliza N°: _____<br>Grupo N°: _____ Dirección para reclamaciones: _____<br>Nombre del garante/padre/madre/tutor: _____<br>Número de MaineCare (termina en A): _____ | <b>¿Tiene seguro?: Sí / NO</b><br>Si no tiene seguro, nuestros consejeros de asistencia financiera se pondrá en contacto con usted <u>para hablar sobre seguros</u> y las opciones de nuestra escala móvil de tarifas. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Información de salud:</b><br>Médico primario/proveedor de atención médica: _____<br>Mi hijo(a) tuvo un examen físico en los últimos dos años: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro<br>Mi hijo(a) necesitará vacunas este año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro<br>¿Su hijo(a) tiene asma? Sí / No<br>¿Tiene un plan de tratamiento para el asma escrito en la escuela? Sí / No<br>¿Su hijo(a) tiene diabetes? Sí / No<br>¿Tiene un plan de tratamiento para la diabetes escrito en la escuela? Sí / No<br>Otros problemas de salud física, dental o mental: _____ | <b>Historial de salud personal/familiar.</b> Indique si en su historia familiar hay cualquiera de estas condiciones de salud:<br>_____ Alergias _____ Diabetes<br>_____ Trastornos inmunológicos _____ Asma<br>_____ Enfermedad cardíaca _____ Enfermedad mental<br>_____ Abuso de alcohol/drogas _____ Presión arterial alta<br>_____ Colesterol Alto _____ Tuberculosis |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Raza del estudiante (marque una o más) _____ Blanco _____ Negro/africano/afroamericano _____ Isleño del Pacífico _____ Asiático<br>_____ Nativo sudamericano/centroamericano/norteamericano/de Alaska _____ Nativo hawaiano _____ Multiracial<br>Origen étnico del/la estudiante: _____ Hispano/latino _____ No hispano/latino |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ingreso total anual del grupo familiar: _____ Número total de familiares que viven en la vivienda: _____<br>Nombre del garante (persona responsable de las facturas de atención médica del/la niño(a)): _____<br>Parentesco con el/la estudiante: _____ |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

- He recibido y leído la Carta de información del School-Based Health Center de Greater Portland Health ("GPH"), el cual explica qué son los School-Based Health Centers de GPH y qué servicios y beneficios podrían brindar a mi hijo(a).
- Los School-Based Health Centers de GPH son entidades separadas de la escuela y de enfermería escolar. Estos proveen evaluaciones de atención primaria y una gama de tratamientos de salud en locales de las escuelas, en tanto que se comunican con otros proveedores de atención médica que también pueden estar involucrados en la atención de mi hijo(a).
- Este consentimiento es válido por el tiempo que el/la estudiante esté inscrito en los siguientes sistemas escolares: Portland, Westbrook o South Portland, a menos que yo lo retire antes por escrito.
- Se me requiere leer y firmar el Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información médica relativo a la inscripción de mi hijo(a) en el School-Based Health Center de GPH.

He leído completamente este formulario y estoy de acuerdo con inscribir a mi hijo(a) en este momento en los School-Based Health Centers de GPH.

✉ Firma del padre/la madre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_



## Centro médico escolar (SBHC, School-Based Health Center) de Greater Portland Health

### Autorización para la divulgación de información

**Mediante mi firma abajo, reconozco y acepto lo siguiente con respecto a la inscripción de mi hijo(a) en el School-Based Health Center (SBHC) de Greater Portland Health (GPH) y a la divulgación del historial médico de mi hijo(a) y la información relacionada a éste:**

- He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad de GPH que informa sobre la manera en que la información de salud en el expediente de salud de mi hijo(a) puede usarse y divulgarse, de acuerdo con las normas de confidencialidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act).
- Autorizo a los SBHCs de GPH a acceder al expediente de salud escolar de mi hijo(a), 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 SBHC de GPH.
- Autorizo al SBHC de GPH a proveer a la Escuela (incluyendo al/la enfermero(a) y a trabajadores sociales) información de los expedientes del SBHC 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 SBHC de GPH a compartir la información en los expedientes del SBHC de GPH (incluyendo los expedientes de salud escolar si están incluidos en el expediente del SBHC 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(a).
- Autorizo al proveedor de atención primaria, dentista y profesional de salud mental de mi hijo(a) (“Terceros proveedores”) a entregar información y expedientes de salud al SBHC de GPH para facilitar la prestación de atención médica por parte del SBHC de GPH a mi hijo(a). Entiendo que dichos Terceros proveedores pueden solicitarme que firme una autorización independiente para permitir la divulgación de los expedientes relacionados con el tratamiento por parte de los Terceros proveedores.
- Autorizo al SBHC de GPH a divulgar información de los expedientes del SBHC 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 SBHC de GPH lo haya hecho conforme al consentimiento original.

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

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Greater Portland Health (“GPH”) es un centro de salud comunitario que ofrece atención médica integrada para la salud física y mental, incluyendo el tratamiento del VIH/SIDA y servicios odontológicos para toda la comunidad. GPH utiliza una historia clínica electrónica que incluye toda su información médica en un solo lugar. Con el fin de ofrecerle la mejor atención posible, los proveedores de salud de GPH pueden ver cualquier parte de su historia clínica relevante para su tratamiento, incluyendo su historial de salud física, mental, de consumo de drogas o dental.

- 1. Consentimiento general para el tratamiento:** Al firmar a continuación, autorizo a los proveedores de atención médica de GPH a llevar a cabo exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos para evaluar mi estado de salud, y a proporcionar la atención (incluido el tratamiento de emergencia), los servicios o los tratamientos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento eficaz. Comprendo que es responsabilidad de los proveedores de atención médica que me atienden explicarme la naturaleza de la atención, el tratamiento, los servicios, los medicamentos recetados, las intervenciones sugeridas o los procedimientos propuestos. Antes de someterme a cualquier procedimiento o prueba, mis proveedores me explicarán los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, incluidos los posibles problemas que puedan surgir durante la recuperación, las probabilidades de éxito, otras opciones, incluidos los riesgos o efectos secundarios pertinentes a esas alternativas, así como información sobre los posibles resultados de elegir no someterme al tratamiento recomendado.
- 2. Derecho a negarse a recibir el tratamiento:** Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, comprendo que puedo negarme a cualquier examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicamento recomendado o considerado médicamente necesario por mis proveedores de atención médica y que soy responsable de las decisiones sobre mi propia atención médica y las consecuencias de dichas decisiones.
- 3. Responsabilidad de pago:** Comprendo que debo pagar a GPH cualquier gasto derivado de mi tratamiento. Solicito que el pago de los beneficios cubiertos autorizados se realice en mi nombre a GPH por dichos servicios. Comprendo que GPH puede divulgar información médica sobre mí, incluida información relacionada con el VIH o SIDA, el consumo de drogas (excepto información restringida por ley) y el tratamiento de salud mental a mi compañía de seguros médicos a fin de verificar dichos beneficios.
- 4. Divulgación de la información médica:** Comprendo que, sujeto a ciertas condiciones, puedo solicitar que se limiten las divulgaciones, recibir información confidencial al proporcionar a GPH una dirección, un número de teléfono u otro medio para recibir la información, ver u obtener copias de mi información médica protegida previa solicitud por escrito, y que tengo otros derechos con respecto a mi información médica según se establece en el aviso de prácticas de privacidad.
- 5. Aviso de prácticas de privacidad:** Comprendo que GPH debe mantener mi información médica confidencial, pero legalmente puede usar mi información médica para mi tratamiento, para recibir pago por los servicios que se me prestan, para coordinar mi atención con otros proveedores médicos o para llevar a cabo las operaciones internas necesarias de GPH.
- 6. Seguro:** Si tengo una cobertura de seguro activa, necesito asegurarme de que mi proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de GPH está registrado en mi plan de seguros para garantizar una facturación adecuada y el acceso a atención especializada. Comprendo que GPH tiene derecho a comunicarse con el proveedor de mi plan de seguros para proporcionar información actualizada si el proveedor de atención primaria que aparece en la lista no es correcto.
- 7. HealthInfoNet:** HealthInfoNet es un sistema electrónico seguro y estandarizado en el que los proveedores de atención médica de todo el estado de Maine pueden compartir información importante sobre los pacientes, proporcionándoles las herramientas necesarias para tomar decisiones de tratamiento más informadas. Se trata de un programa de exclusión voluntaria. Si desea obtener más información o darse de baja, pregunte a cualquiera de nuestros representantes de atención al paciente en la recepción.
- 8. Reglas para un comportamiento adecuado:** GPH debe ser un entorno seguro y respetuoso para todos: pacientes, personal, visitantes y voluntarios. Es inaceptable cualquier comportamiento que haga que la clínica sea un lugar inseguro, ofensivo o peligroso. GPH tomará las medidas correspondientes ante tales comportamientos, entre ellas el contrato de atención colaborativa y la posible rescisión de servicios de la práctica.
- 9. Derecho a reclamo:** Entiendo que, como paciente, tengo derecho a reclamar, según se describe en la Política de gestión de reclamos de Greater Portland Health.
- 10. Firma:** Al firmar a continuación, acepto que he leído y comprendo la información proporcionada más arriba. Si tengo alguna duda sobre el consentimiento, le preguntaré a mi proveedor antes de firmar este formulario.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Si es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar)

Versión de mayo de 2025



## **El Centro médico escolar (SBHC, School-Based Health Center) de Greater Portland Health**

### **Preguntas frecuentes**

**P: ¿Cuáles son las escuelas que tienen centros médicos?**

**R: En Portland:** King Middle School, Deering High School, Portland High School, Casco Bay High School y PATHS

**En Westbrook:** Escuelas de Westbrook High School y Middle School

**En South Portland:** South Portland High School y South Portland Middle School

**P: ¿Cómo inscribo a mi hijo(a)?**

**R:** Llene y firme el formulario de inscripción. El formulario completado puede entregarse de estas maneras: al School-Based Health Center (SBHC) de la escuela, al/la enfermero(a) escolar o a un/una maestro(a) del aula principal.

**P: ¿Puede mi hijo(a) tener una consulta con un proveedor de atención médica en un SBHC de Greater Portland Health (GPH) o una práctica de atención primaria si el formulario de inscripción no se devolvió con la firma de un padre?**

**R:** Los estudiantes menores de edad (es decir, menores de 18 años\*) deben presentar un formulario de inscripción firmado antes de tener una consulta con un proveedor. El formulario de inscripción funciona como documento de autorización para prestar servicios médicos y de salud conductual a un menor.

El consentimiento verbal del padre o tutor del niño permitirá que el proveedor vea al/la niño(a) **una vez solamente**. Se debe devolver un formulario de inscripción completo y firmado antes de que se brinden otros servicios.

\* Un menor puede otorgar su consentimiento para todos los servicios médicos, mentales, dentales y de otro tipo de consejería para la salud si dicho menor:

- vive aparte, independientemente del sustento paterno
- es casado
- es miembro de las Fuerzas Armadas
- se ha emancipado

Si el estudiante es mayor de 18 años, puede llenar y firmar su propio formulario de inscripción para recibir servicios en cualquier práctica o localidad de GPH.

**P: ¿Qué se considera como visita confidencial?**

**R:** Los estudiantes inscritos en el SBHC tendrán acceso a servicios confidenciales (a menos que un estudiante decida incluir a sus padres en la atención médica y dé su autorización para ello). Los siguientes servicios se consideran como visitas confidenciales:

- Alcohol y uso y abuso de drogas
- Pruebas y tratamiento del HIV y otras enfermedades de transmisión sexual
- Servicios de cuidado prenatal y parto
- cuidado de salud mental para paciente externo
- Administración logística de los anticonceptivos (incluyendo, pero no limitado a: condones, píldoras anticonceptivas orales, parches anticonceptivos, píldoras anticonceptivas de emergencia; para estudiantes de secundaria: inyecciones anticonceptivas, implantes y dispositivos anticonceptivos intrauterinos también son opciones).

**P: Si mi hijo(a) ya es paciente establecido de GPH, ¿necesito inscribirlo igualmente?**

**R:** Sí.

**P: Si los estudiantes no tienen seguro médico, ¿pueden hacer una visita médica en el SBHC?**

**R:** Sí.

**P: Si mi hijo(a) no tiene seguro médico, ¿me enviarán una factura?**

**R:** Si usted no tiene seguro médico, un consejero financiero de GPH se comunicará con usted y acordará una cita para examinar nuestras opciones en la escala móvil antes de que usted reciba una factura.

**P: ¿Por qué piden información sobre el ingreso del grupo familiar en el formulario de inscripción? ¿Puedo negarme a responder esa pregunta?**

**R:** GPH tiene la obligación de informar los niveles de ingreso de nuestra población de pacientes debido a los fondos que reciben nuestros centros médicos. Sí, usted puede negarse a entregar información sobre su ingreso.

**P: ¿Qué diferencia hay entre el rol que cumplen el/la enfermero(a) escolar y los SBHCs?**

**R:** El/la enfermero(a) escolar evalúa los problemas médicos para determinar si el/la niño(a) necesita consultar a un proveedor médico primario. Los/las enfermeros(as) escolares pueden detectar barreras para el aprendizaje, evaluar el estado de vacunación, hacer el triaje de accidentes y enfermedades o tratarlos, administrar medicamentos y apoyar el éxito educativo a través de Planes de Educación Individualizada (Individualized Educational Plans - IEP) y Planes de Atención Médica Individualizada (Individualized Healthcare Plans - IHP).

Los SBHCs brindan un punto de acceso y un recurso de atención primaria para los estudiantes, y son atendidos por proveedores médicos primarios (es decir, médicos, enfermeros(as) especializados(as), asistentes médicos y trabajadores sociales). Los estudiantes inscritos pueden escoger a GPH como su centro médico primario, lo cual les brinda atención coordinada y accesible durante todo el año. Si el niño(a) se ha establecido con un proveedor médico primario en otro lugar, los proveedores de los SBHCs coordinarán la atención con el proveedor médico primario del/la niño(a).

**P: ¿Qué servicios se prestan dentro de los SBHCs?**

**R:** Entre los servicios ofrecidos se incluye examen físico para deportes, diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves, control de condiciones crónicas, vacunas, consejería para la salud mental, flebotomía (extracción de sangre para laboratorios), y atención de la salud reproductiva.

**P: ¿Los pacientes deben ir primero al/la enfermero(a) escolar o directamente al SBHC?**

**R:** Los/as niños(as) inscritos en los servicios médicos escolares pueden decidir adónde ir primero. Un/a niño(a) inscrito siempre será bienvenido en ser atendido en cualquier SBHC durante horas de operación. Se puede pedir una cita de manera anticipada por medio del/la enfermero(a) escolar o puede pedirla directamente por el/la niño(a).

**P: Si mi hijo(a) no asiste a esa escuela, ¿puede hacer una visita médica al SBHC?**

**R:** Sí, si su hijo(a) está inscrito(a) en los servicios médicos escolares de GPH, puede ser atendido(a) en cualquiera de nuestros SBHCs y en cualquier centro de atención primaria de GPH que atienda a niños.

**P: ¿Necesito volver a inscribir a mi hijo(a) en los servicios médicos escolares de GPH todos los años? Si mi hijo(a) se retira de Westbrook, South Portland o Portland Schools, ¿sigue siendo paciente de GPH?**

**R:** Siempre que su hijo(a) sea un estudiante matriculado en Westbrook, South Portland o Portland Public Schools, NO es necesario que presente documentación nueva cada año. Tampoco es necesario que presente documentación adicional para que su hijo(a) sea atendido en cualquiera de nuestros SBHCs de GPH o en cualquier práctica de atención primaria de GPH que atienda a niños.

Si su hijo(a) ya no es un estudiante inscrito en uno de estos tres sistemas escolares, deberá comunicarse con GPH llamando al 874-2141 y solicitar que su hijo(a) siga siendo paciente en una de nuestras prácticas de atención primaria que atiende a niños. Es posible que se necesite papeleo adicional.

**P: ¿Qué sucede si mi hijo(a) necesita atención médica fuera del horario escolar?**

**R:** Puede programar una cita en cualquier centro de atención primaria de GPH que atienda a niños llamando al 874-2141. Si su hijo(a) tiene un proveedor de atención primaria fuera de GPH, también puede optar por comunicarse con él.

**P: ¿Podrá mi hijo(a) acceder a los proveedores del SBHC durante los períodos de aprendizaje remoto o de horarios escolares modificados?**

**R:** Sí. Todos los proveedores médicos y de salud conductual pueden programar citas de telesalud (a través de ZOOM o por teléfono) con los pacientes. Para tener la información de contacto correcta para las visitas de telesalud, proporcione el correo electrónico de su hijo(a) en el formulario de inscripción.

*Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (207) 874-2141 x 8402 o envíenos un correo electrónico a [gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org](mailto:gphschoolhealth@greaterportlandhealth.org)*