Hawai'i Island Community Health Center

sbhc School Based Health Center

Aloha, padres y tutores:

Nos complace compartir información sobre el Centro Médico en la Escuela (SBHC) en el campus de su estudiante mediante una alianza con Hawai'i Island Community Health Center (HICHC). Los SBHC prestan una variedad de servicios para ayudar a su hijo a mantenerse sano, centrado y listo para aprender.

El SBHC ofrecerá servicios de atención primaria que prestará el equipo de atención médica de HICHC, incluyendo:

- Exámenes de control de niño sano y físicos
- Terapia de salud conductual
- Visitas a menores enfermos
- Visitas de telesalud
- Sesiones de orientación en grupo
- Vacunas con consentimiento de los padres
- Atención dental preventiva

Si su estudiante tiene un proveedor de atención primaria (PCP) fuera de HICHC, puede permanecer con su PCP para toda su atención de rutina y aun así usar los servicios de SBHC de HICHC para salud conductual, atención de urgencia o cuando su PCP habitual no esté disponible.

Beneficios del SBHC:

- Los servicios se prestan en el campus durante las horas de clases.
- Los padres no necesitan asistir, pero son bienvenidos, ya sea en persona, por teléfono o mediante telesalud.
- Menos tiempo fuera de la escuela para los estudiantes y menos tiempo fuera del trabajo para los padres.
- Evitar o prevenir visitas innecesarias a la sala de emergencias.
- No se rechaza a nadie por no tener seguro o por no poder pagar.
- Aceptamos la mayoría de los planes de seguro.
- Descuentos según la escala variable de tarifas están disponibles para pacientes sin seguro médico.

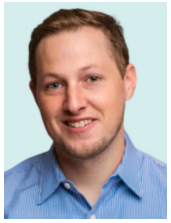
Para inscribir a su hijo en los servicios del SBHC, simplemente complete los formularios de consentimiento adjuntos y envíelos en el sobre incluido al SBHC del campus de su hijo. La inscripción de su hijo es opcional, pero muy recomendable para que pueda recibir atención oportuna durante la jornada escolar. Los formularios de consentimiento se aceptan durante todo el año escolar.

Si tiene alguna pregunta o preocupación, no dude en comunicarse con un miembro del equipo de SBHC directamente llamando al (808) 326-7321 o enviando un correo electrónico a HICHCSBHC@HICHC.org.

Esperamos poder trabajar con usted para lograr una comunidad escolar más sana.

Mahalo,

Hawai'i Island Community Health Center
Personal y proveedores del centro médico en la escuela

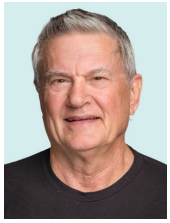


Kyle Estelle, DDS
Dentista pediátrico

Katherine May, PsychD
Psicóloga

Angela Lind, MD
Pediatra

Cassandra Travers, APRN
Enfermera de práctica avanzada



Craig Stevenson, MD
Pediatra

Ka'i Kiefer
Enfermera de práctica avanzada

Hawai'i Island Community Health Center

sbhc School Based Health Center

Centro médico en la escuela (SBHC) Preguntas frecuentes

¿Qué es un centro médico en la escuela?
Nuestro centro médico en la escuela (SBHC) es un centro de atención médica en la escuela de su hijo. Estos servicios se prestan por medio de Hawai'i Island Community Health Center (HICHC), un centro médico de la comunidad sin fines de lucro. Nuestro objetivo es proporcionar un acceso conveniente a la atención médica de los estudiantes mientras están en la escuela, reduciendo el tiempo que pasan fuera de clases y el tiempo que los padres pasan fuera de su lugar de trabajo.

¿Dónde estarán situados los centros médicos en las escuelas?
En el año escolar 2025-2026, los servicios de SBHC estarán disponibles en toda la isla en varias escuelas. Algunas escuelas tendrán un centro médico en el campus, mientras que otras recibirán la atención en una de nuestras unidades médicas móviles.

¿A quiénes se puede atender en los centros médicos en las escuelas?
Cualquier estudiante con un formulario de consentimiento firmado podrá recibir atención en el SBHC de la escuela en la que estudie.

¿Quién atenderá a mi hijo en el centro médico en la escuela?
Los SBHC tienen pediatras, proveedores de medicina de familia, dentistas y especialistas en salud conductual de Hawai'i Island Community Health Center.

¿Cómo funciona el pago para los servicios de SBHC?
No se cobrarán copagos ni pagos en la escuela. La información sobre el seguro se recopilará y se facturará cuando esté disponible. Se aceptan Medicaid/Quest, Medicare y la mayoría de los planes de seguro privados. Si no tiene seguro, nuestro equipo puede ayudarlo con la inscripción al seguro. También ofrecemos un descuento según la escala variable de tarifas basada en los ingresos y en el tamaño del grupo familiar. Como centro médico calificado a nivel federal, prestamos atención sin importar si puede pagar y no se rechaza a nadie por no tener seguro.

¿Y qué pasa con Kaiser?
A los estudiantes con cobertura de Kaiser se les puede atender en el SBHC. Sin embargo, Kaiser generalmente solo cubre los servicios prestados por Kaiser. Los servicios de SBHC se consideran "fuera de la red".

¿Es obligatorio inscribirse en el centro médico en la escuela?
No. Completar el formulario de consentimiento e inscribir a sus hijos en la atención médica en la escuela es opcional.

¿Atenderán a mi hijo en el centro médico en la escuela sin mi conocimiento o sin que yo esté presente?
Se comunicarán con usted por teléfono antes de una visita no programada para confirmar que quiere que atiendan a su hijo. Si no podemos comunicarnos con usted, consultaremos su formulario de consentimiento por escrito para obtener el permiso para atender a su hijo. Si no entregó un formulario de consentimiento por escrito y no podemos comunicarnos con usted para obtener un consentimiento verbal (como se describe abajo) entonces no podremos atender a su hijo. Las vacunas nunca se administran sin el consentimiento de los padres.

¿Pueden atender a mi hijo en el centro médico en la escuela sin un formulario de consentimiento firmado?
Si quiere que se atienda a su hijo en el SBHC, entregue un formulario de consentimiento firmado.

Cuando un estudiante tiene una visita no programada en el SBHC, verificaremos que el menor tenga un formulario de consentimiento firmado. Si no tiene un formulario en el archivo, intentaremos comunicarnos con el padre/madre/tutor del menor para obtener un consentimiento verbal por única vez. Esto le avisaría que su hijo está en el SBHC y entonces usted tendría la opción de permitir que atiendan a su hijo con su permiso verbal o rechazar los servicios. El permiso verbal solo es válido para la visita de ese día y se puede obtener una sola vez en el año escolar.

Se enviará a casa un paquete de inscripción del SBHC con su hijo, que deberá devolverse al siguiente día lectivo. Si su hijo viene al SBHC para otras visitas después del permiso verbal de una sola vez, y seguimos sin recibir el formulario de consentimiento firmado, no podremos atenderlo ese día sin que el padre/madre/tutor esté presente.

Fecha de hoy: _____

CENTRO MÉDICO EN LA ESCUELA
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escuela a la que asiste actualmente: _____

Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Primer nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado/código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado/código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Método de comunicación que prefiere: ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Llamada por teléfono

Dirección de correo electrónico: _____ ☐ ***No tengo una dirección de correo electrónico.***

Sexo asignado al nacer: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No está en el certificado de nacimiento ☐ Elige no revelar ☐ Desconocido ☐ Incierto

¿Necesita un intérprete? ☐ No ☐ Sí Idioma preferido: _____ Idioma escrito: _____

Dominio del inglés: ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ No es bueno ☐ Para nada bueno Confianza en el formulario: ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ No es buena ☐ Para nada buena

Raza (marque **todas** las casillas que correspondan).

☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático indio ☐ Negro/afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino

☐ Guamano/chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Nativo de Hawái ☐ Vietnamita

☐ Blanco ☐ Otro: _____ ☐ Otro origen asiático: _____ ☐ De otras islas del Pacífico ☐ Coreano

☐ Marshalés ☐ Micronesio ☐ Samoano ☐ Tongano ☐ Desconocido

Origen étnico

☐ Otro hispano/latino o de origen español ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño

☐ Mexicano, mexicano americano o chicano ☐ No hispano, latino u origen español ☐ Desconocido/prefiere no revelar

Condición sin hogar

☐ No estoy sin hogar ☐ Comparto vivienda/temporalmente en casa de amigos o familiares ☐ Calle ☐ Desconocido

☐ Albergue para personas sin hogar ☐ Vivienda transitoria ☐ Vivienda de apoyo permanente ☐ Otro

Vivienda pública ☐ No ☐ Sí

Migrante/condición de trabajador agrícola temporal (el padre/madre/tutor o el paciente es un migrante/trabajador agrícola temporal)

☐ Trabajador agrícola migrante en los últimos dos años ☐ Trabajador agrícola temporal en los últimos dos años ☐ Ninguno

---

¿Tiene discapacidad de la vista? ☐ No ☐ Sí ¿Tiene problemas de audición? ☐ No ☐ Sí

¿Es donante de órganos? ☐ No ☐ Sí ¿Trabaja en el sector de atención médica? ☐ No ☐ Sí

PADRE/MADRE/TUTOR 1

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo Fecha de nacimiento: _____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete para este contacto? ☐ No ☐ Sí

¿Podemos hablar con esta persona sobre su atención? ☐ No ☐ Sí ¿Es esta persona el tutor del paciente? ☐ No ☐ Sí

¿Pertenece esta persona al mismo grupo familiar? ☐ No ☐ Sí ¿Podemos avisar a esta persona si hubiese una emergencia? ☐ No ☐ Sí

PADRE/MADRE/TUTOR 2

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo Fecha de nacimiento: _____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete para este contacto? ☐ No ☐ Sí

¿Podemos hablar con esta persona sobre su atención? ☐ No ☐ Sí ¿Es esta persona el tutor del paciente? ☐ No ☐ Sí

¿Pertenece esta persona al mismo grupo familiar? ☐ No ☐ Sí ¿Podemos avisar a esta persona si hubiese una emergencia? ☐ No ☐ Sí

CONTACTO DE EMERGENCIA ALTERNATIVO (si los padres/tutores no están disponibles)

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo Fecha de nacimiento: _____

Dirección/ciudad/estado/código postal: _____

Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete para este contacto? ☐ No ☐ Sí

¿Podemos hablar con esta persona sobre su atención? ☐ No ☐ Sí ¿Es esta persona el tutor del paciente? ☐ No ☐ Sí

¿Pertenece esta persona al mismo grupo familiar? ☐ No ☐ Sí ¿Podemos avisar a esta persona si hubiese una emergencia? ☐ No ☐ Sí

INFORMACIÓN ECONÓMICA

Sus respuestas a las preguntas de abajo nos ayudan a obtener subsidios para poder seguir prestando atención médica y pueden ayudarlo a calificar para beneficios, como la escala variable de tarifas o descuentos en medicamentos o servicios. Para obtener más información, marque esta casilla: ☐ y uno de nuestros especialistas en elegibilidad se comunicará con usted.

Tamaño de la familia: _____

Ingresos brutos mensuales de la familia:

☐ Sin ingresos	☐ $100-499	☐ $500-999	☐ $1,000-1,499
☐ $1,500-1,999	☐ $2,000-2,499	☐ $2,500-2,999	☐ $3,000-3,499
☐ $3,500-3,999	☐ $4,000-4,499	☐ $4,500-4,999	☐ Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Médico de atención primaria/PCP/pediatra: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____

☐ Mi hijo no tiene un proveedor de atención primaria.

☐ Mi hijo no tiene un dentista.

SEGURO MÉDICO/INFORMACIÓN DEL GARANTE

☐ Marque aquí si su hijo NO tiene seguro médico (Omita el resto de esta página y pase a la siguiente).

Relación del paciente con el titular/miembro: ☐ Hijo ☐ Otro: _____

Compañía de seguro médico: _____ N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____

Empleador del titular: _____ N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____

Nombre del titular (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre): _____

☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal del titular: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO/INFORMACIÓN DEL GARANTE

Relación del paciente con el titular/miembro: ☐ Hijo ☐ Otro: _____

Compañía de seguro médico: _____ N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____

Empleador del titular: _____ N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____

Nombre del titular (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre): _____

☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal del titular: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL

Relación del paciente con el titular/miembro: ☐ Hijo ☐ Otro: _____

Compañía de seguro médico: _____ N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____

Empleador del titular: _____ N.° de póliza: _____ N.° de grupo: _____

Nombre del titular (apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre): _____

☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal del titular: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Mencione cualquier discapacidad: _____

Haga una lista de todos los medicamentos (incluyendo la dosis y la frecuencia): _____

Haga una lista de todos los suplementos que toma (incluyendo la dosis y la frecuencia): _____

Mencione las operaciones que ha tenido (tipo/fecha): _____

Mencione la historia de las hospitalizaciones (motivo/fecha): _____

Marque cualquiera de las siguientes opciones que se aplique a la historia médica del estudiante:

- ☐ ADHD/ADD
- ☐ Anemia
- ☐ Alergias
- ☐ Ansiedad
- ☐ Asma
- ☐ Trastorno de sangrado
- ☐ Problemas de la vejiga
- ☐ Trastornos de los huesos
- ☐ Lesión del cerebro
- ☐ Cáncer/neoplasia maligna
- ☐ Parálisis cerebral
- ☐ Quimio/radiación
- ☐ Fibrosis quística
- ☐ Sinusitis crónica
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes
- ☐ Trastorno de la alimentación
- ☐ Reflujo esofágico (GERD)
- ☐ Dolor de oídos/infecciones
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Enfermedades cardíacas
- ☐ Soplo cardíaco
- ☐ Problemas de audición
- ☐ Problemas del crecimiento
- ☐ Hepatitis
- ☐ Hipertensión
- ☐ VIH (+)/SIDA
- ☐ Trastorno inmunológico
- ☐ Enfermedades de los riñones
- ☐ Enfermedad de los nervios/músculos
- ☐ Alergia al látex
- ☐ Enfermedades del hígado
- ☐ Obesidad
- ☐ Escoliosis
- ☐ Nacimiento prematuro
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Embarazo
- ☐ Alergias estacionales
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Anemia falciforme
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual (STD)
- ☐ Problemas estomacales
- ☐ Trastorno del habla
- ☐ Consumo de sustancias
- ☐ Enfermedades de la tiroides
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Problemas de la articulación temporomandibular
- ☐ Úlceras
- ☐ Infección de las vías urinarias (UTI)
- ☐ Problemas de la vista
- ☐ Otra: _____
- ☐ Otra: _____
- ☐ Otra: _____
- ☐ Otra: _____

*Si su hijo tiene alergias, marque todo lo que corresponda:

- ☐ Maní/nueces
- ☐ Huevos
- ☐ Trigo/gluten
- ☐ Soja
- ☐ Metales
- ☐ Leche
- ☐ Látex/hule
- ☐ Animales/caspa de mascotas
- ☐ Tintes/colorantes
- ☐ Polen/polvo
- ☐ Bayas
- ☐ Antibióticos/amoxicillin
- ☐ Anestésicos
- ☐ Acrílicos
- ☐ Otro: _____

Marque/mencione cualquier otra preocupación que tenga sobre su hijo:

☐ Dental: _____

☐ Médica: _____

☐ Conductual: _____

Hawai'i Island Community Health Center

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CENTRO MÉDICO EN LA ESCUELA

CONSENTIMIENTO PARA EL ESTUDIANTE DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo, el padre/madre/tutor de dicho estudiante, doy mi consentimiento para que el estudiante reciba servicios en el Centro Médico en la Escuela (SBHC) de Hawai'i Island Community Health Center (HICHC), incluyendo servicios médicos (por ejemplo, exámenes físicos, pruebas de diagnóstico, atención de enfermedades agudas como fiebre, evaluación de lesiones y remisiones); servicios dentales (por ejemplo, exámenes, limpiezas, radiografías, fotografías, selladores, flúor y remisiones); y servicios de salud conductual (por ejemplo, evaluaciones, diagnósticos, terapia y remisiones).

Entiendo que esto incluye el consentimiento para las visitas de Telesalud que pueden incluir servicios médicos, salud conductual o tratamiento dental y procedimientos, pruebas de laboratorio, diagnósticos e información de medicamentos recetados de acuerdo con el criterio de los proveedores de HICHC.

Entiendo que los jóvenes (mayores de 14 años) pueden dar su consentimiento para recibir sus propios servicios ambulatorios de salud conductual y otros servicios según lo permita la ley. HICHC animará a todos los estudiantes para que motiven a su padre/madre/tutor-representante a que participe en las decisiones de atención médica. Entiendo que puedo pedir más información sobre los servicios a los que pueden acceder los menores con su propio consentimiento.

Entiendo que la información médica del estudiante es confidencial, pero en ciertas circunstancias, la ley permite o exige que se revele a otros, incluyendo (1) que usted o el estudiante autoricen que se revele la información, (2) que lo ordene un tribunal, (3) por control de enfermedades para la salud pública, (4) si el estudiante es un peligro para sí mismo y para otros, o (5) si se sospecha de abuso/negligencia de menores o de adultos mayores.

Entiendo que HICHC opera el SBHC en colaboración con el Departamento de Educación (Department of Education) del Estado de Hawái y la escuela anfitriona desde la que opera el SBHC. No es parte de la escuela anfitriona ni es operado directamente por esta.

Entiendo que HICHC opera el SBHC y ciertos registros sobre el estudiante y su tratamiento se mantendrán por escrito y en la computadora, y pueden revisarlos otros proveedores en HICHC para consultas y para continuar la atención.

Entiendo que al estudiante lo puede atender un aprendiz/estudiante identificado como tal y que todos los servicios prestados se supervisarán por un proveedor autorizado. Entiendo que tengo el derecho de rechazar los servicios prestados por un aprendiz/estudiante.

Entiendo que no se negará el acceso a los servicios de atención médica a ningún estudiante por no poder pagar. Al igual que con cualquier centro médico, puede haber un cargo dependiendo de los servicios prestados. Cuando haya un seguro disponible, se facturará a este. Entiendo que el SBHC puede revelar información sobre el tratamiento a terceros pagadores para fines de facturación. Acepto pagar mi parte de los costos relacionados con los servicios prestados al estudiante, si corresponde. La información de facturación se enviará por el correo postal de EE. UU., ya que no se aceptarán pagos en el lugar del SBHC.

Soy el padre/madre/tutor-representante del estudiante. Entiendo que, si la tutela o la representación cambian, el tutor-representante deberá firmar un nuevo consentimiento.

Entiendo que este consentimiento es válido para cualquier SBHC operado por HICHC mientras el estudiante esté inscrito en una escuela participante del Departamento de Educación del Estado de Hawái, o hasta que se solicite lo contrario por escrito.

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Autorizo a HICHC a revelar información sobre citas y copias de registros de vacunación, exámenes físicos deportivos y notas de visitas en el consultorio médico de la escuela en la que opera el SBHC. Autorizo al personal del SBHC de HICHC a comunicarse con el personal médico de la escuela en relación con la atención médica de mi hijo.

Escriba sus iniciales: _____

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS

Entiendo que el personal de HICHC intentará comunicarse conmigo para obtener mi consentimiento antes de administrar cualquier medicamento a mi hijo, salvo en caso de emergencia. Entiendo y acepto que mi hijo pueda recibir tratamiento de emergencia o medicamentos, como un inhalador para el asma, oxígeno, una inyección de epinephrine para reacciones alérgicas, glucagon o naloxone para una sobredosis de opioides, si se considera médicamente necesario y lo receta un proveedor médico autorizado. Entiendo que un enfermero autorizado, un proveedor o un asistente médico capacitado administrará los medicamentos.

_____	_____	_____
Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde	Firma del padre/madre/tutor	Fecha

Hawai'i Island Community Health Center

ACUSE DE RECIBO: AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Hawai'i Island Community Health Center (HICHC) mantiene un registro de los servicios de atención médica que le damos. Usted puede hacer una solicitud para ver y recibir una copia de ese registro. También puede pedir que se corrija ese registro.

HICHC no revelará su registro a otros, a menos que usted nos indique que lo hagamos o que la ley nos autorice o nos exija hacerlo. Usted puede ver su registro u obtener más información al respecto comunicándose con nosotros.

El Aviso de prácticas de privacidad de HICHC describe minuciosamente cómo se puede usar y revelar su información médica y cómo puede acceder a su información.

Con mi firma abajo, acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Hawai'i Island Community Health Center.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Firma del paciente (o representante autorizado)	Fecha
Nombre del representante autorizado en letra de molde	Relación con el paciente

Leí los derechos y responsabilidades del paciente: ☐ Sí ☐ No

Escriba sus iniciales: _____

Este formulario se conservará en su expediente médico.

CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJES DE VOZ Y MENSAJES SMS

Entiendo que mi información de atención médica está protegida. Entiendo que si quiero que me dejen mensajes cuando no esté disponible de inmediato, debo dar permiso expreso a HICHC para dejar mensajes detallados que contengan información específica relacionada con mi atención, remisiones o citas.

☐ Prefiero ***no*** recibir mensajes de voz relacionados con mi atención.

Tenga en cuenta que si decide no recibir mensajes, pedimos que ponga mucha atención a las llamadas que recibe y devuelva las llamadas del centro médico para evitar retrasos en su atención.

☐ Doy mi permiso para que me dejen mensajes de voz y mensajes SMS en el siguiente número: _____

Si quiere una copia digital del Aviso de prácticas de privacidad de HICHC, puede acceder a este usando este enlace: https://bit.ly/HICHC_Privacy o escaneando este código QR con su smartphone: