



Departamento de Salud, Vivienda  
y Servicios Comunitarios  
Berkeley High School Health Center

## **BIENVENIDOS A LOS CENTROS DE SALUD DE BERKELEY HIGH SCHOOL Y BERKELEY TECHNOLOGY ACADEMY**

Invitamos al estudiante a que tome ventaja de los servicios clínicos gratuitos de nuestros Centros de Salud de Berkeley High School y Berkeley Technology Academy (B-Tech). Los Centros de Salud son programas colaborativos entre el Departamento de Salud, Vivienda y Servicios Comunitarios de la Ciudad de Berkeley y el Distrito Escolar Unificado de Berkeley

Desde 1991, El Centro de Salud Berkeley High School a ofrecido servicios médicos y de salud mental gratuitos y confidenciales a estudiantes matriculados en Berkeley High School, B-Tech y Estudios Independientes. El Centro de Salud de B-Tech abrió sus puertas en Enero del 2009. (Al final de la hoja esta la descripción sobre los servicios que ofrece)

### **EN ESTE PAQUETE ENCONTRARA LAS SIGUIENTES FORMAS:**

- ❑ **Forma de Consentimiento Legal y Forma de Historial Médico. Para que su hijo(a) reciba varios de nuestros servicios, incluso acceso diario a nuestra enfermera de primeros auxilios, ES NECESARIO CONTESTAR Y FIRMAR AMBAS FORMAS Y ENTREGARLAS AL CENTRO DE SALUD.**
- ❑ **Declaración de Proveedores Médicos informa a los padres que las vacunas de su hijo(a) serán reportadas al Registro de Inmunización de California. Si usted está en desacuerdo, por favor firme y devuélvanos esta forma.**

### **POR FAVOR RECUERDE:**

- 1) **Si usted ya ha llenado las formas de Consentimiento Legal e Historial Médico y su hija(o) ya está recibiendo servicios médicos en el Centro de Salud, usted NO necesita completar estas formas nuevamente, al menos que la información haya cambiado. Si no está seguro(a), por favor llénelas nuevamente.**
- 2) **DEBE firmar AMBAS formas de Consentimiento e Historial Médico para que su hijo(a) pueda recibir servicio de primeros auxilios en el Centro de Salud.**
- 3) **Si tiene alguna pregunta después de haber leído o revisado las formas adjuntas, por favor llámenos al (510) 644-6965.**

### **SERVICIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE BERKELEY HIGH SCHOOL**

#### **Servicios Médicos:**

- Primeros auxilios.
- Exámenes médicos y físicos para estudiantes sin seguro médico.
- Planificación familiar.
- Prevención y diagnóstico en el tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente
- Inmunizaciones/Vacunas
- Asistencia con transferencias a otros proveedores/servicios y adquirir seguro médico.

#### **Educación de Salud:**

- Prevención del Embarazo/ETS/VIH
- Prevención del Abuso de Drogas y Alcohol
- Tomar Decisiones Positivas y Aprender a Comunicarse
- Nutrición Saludable

#### **Servicios de Salud Mental: (Solamente en BHS)**

- Intervención en caso de crisis.
- Consejería Individual de Corto Plazo.
- Grupos de Apoyo.

# REVELACION DE PROVEEDORES MEDICOS DEL BHS/B-Tech HEALTH CENTER AL PACIENTE O PADRES/GUARDIANES PARA COMPARTIR INFORMACION CON LOS REGISTROS DE INMUNIZACIONES/TB

(Preparado como indica la Sección 120440 del Código de Salud y Seguridad)

Las vacunas previenen enfermedades graves. Las pruebas para detectar la tuberculosis (TB) pueden ayudar a determinar si está infecto(a) con tuberculosis, y es posible que su empleador o escuela también requieran estas pruebas. Mantenerse al tanto de las vacunas que la han puesto y las pruebas de TB que le han hecho puede ser difícil. Es especialmente difícil si las obtuvo de más de un doctor. Hoy en día, los doctores usan un sistema computarizado seguro llamado *registro de vacunación* para mantener al día los datos de vacunación y las pruebas de TB al día. Si cambia de doctor, su nuevo doctor podrá ver los datos de vacunación y los resultados de las pruebas de tuberculosis. Usted tiene derecho a decidir si quiere que sus datos de vacunación/resultados de la prueba de TB se compartan en el *Registro de Vacunación de California*.

## ¿Cómo le ayuda el registro?

- Está al tanto de todas las vacunas y pruebas de tuberculosis (pruebas de la piel/radiografía del pecho), para que no le falte ninguna ni le den demasiadas
- Manda recordatorios cuando usted o su hijo(a) necesitan vacunarse
- Le da una copia de los datos de vacunación y los resultados de las pruebas de TB que tiene su doctor
- Sirve como comprobante de las vacunas o pruebas de TB necesarias para asistir a una guardería o la escuela, o para comenzar un nuevo trabajo

## ¿Cómo ayuda el registro a su equipo de atención de la salud?

Los doctores, enfermeras, planes de salud y entidades de salud pública usan el registro para:

- Ver cuáles vacunas o pruebas de TB se necesitan
- Prevenir enfermedades en su comunidad
- Recordarle sobre las vacunas que necesita
- Ayudar a mantener los datos

## ¿Pueden las escuelas u otros programas ver el registro?

Sí, pero de manera limitada. Las escuelas, las guarderías y otras entidades permitidas por ley de California pueden:

- Ver cuáles vacunas o pruebas de TB necesitan los niños en sus programas
- Asegurar que los niños tengan todas las vacunas o pruebas de TB necesarias para comenzar la guardería o escuela

## ¿Qué información se puede compartir en un registro?

- El nombre, el sexo y la fecha de nacimiento
- Información limitada para identificar a un paciente
- Los nombres de los padres o de los tutores
- Detalles sobre las vacunas o pruebas de TB de los pacientes

Lo que se introduce en el registro se trata como cualquier otra información médica privada. El mal uso del registro puede ser castigado por ley. La ley de California dice que sólo el consultorio médico, su plan de salud o el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número de teléfono.

## Los derechos del paciente y de los padres

Tiene derecho legal a pedir que:

- no se compartan sus datos (o los de su hijo[a]) de vacunación/pruebas de TB en el registro con otros, aparte de su doctor
- su doctor no le mande recordatorios de vacunación
- le den una copia de los datos de vacunación/pruebas de TB que ha obtenido usted o su hijo(a)
- le digan quiénes han visto los datos o que su doctor corrija cualquier error

## **SI QUIERE que los datos de su hijo estén en el registro, no haga nada. Ya terminó.**

Si usted rechazó anteriormente y ahora quiere que los datos de su hijo estén en el registro por favor ponga una X en el cuadro de abajo.

**Empezar a compartir** (rechacé antes, ahora cambio de opinión y deseo compartir.)

**PERMITO que mis datos de vacunación/los datos de vacunación/pruebas de TB de mi hijo se compartan con otros profesionales de la salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California.**

Si **NO QUIERE** que el Centro de Salud de BHS/B-Tech comparta los datos de vacunación de su hijo en el registro por favor ponga una X en el cuadro de abajo.

## **Rechazar compartir**

**Rechazo permitir que mis datos de vacunación/los datos de vacunación /pruebas de TB de mi hijo se compartan con otros profesionales de salud, entidades o escuelas en el Registro de Vacunación de California\*** \* Nota: Los datos de vacunación aún se pueden documentar en el registro para el uso del consultorio de su médico. Por ley, los funcionarios de salud pública también pueden tener acceso a los datos de vacunación en caso de una emergencia de salud pública.

Si tiene algunas preguntas, llame sin cargo al **(510) 644-6859**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Escribir Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padres o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Centro de Salud de Berkeley High School/B-Tech**  
**CONSENTIMIENTO DE PADRES/GUARDIANES LEGALES**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **AÑO DE GRADUACIÓN** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

Yo he/Nosotros hemos leído y entiendo/entendemos los servicios que se ofrecen en el Centro de Salud en Berkeley High School descritos en las hojas adjuntas. Además, entiendo/nosotros entendemos que los servicios autorizados por mi firma en este documento son para servicios médicos básicos, comunes o de rutina, y que el cuidado será limitado o reducido solo a:

- El diagnóstico y tratamiento médico de enfermedades leves y primeros auxilios para lastimaduras menores
- Exámenes físicos para estudiantes sin seguro medico
- Exámenes médicos generales para estudiantes sin seguro medico (límite 1 por estudiante)
- Asistencia de corto plazo en el manejo de enfermedades crónicas y referencias para continuar con el cuidado en curso.
- Asistencia para obtener seguro médico
- Inmunizaciones /Vacunas (requiere autorización separada)
- Examen básico de la visión y referencias
- Medicamento con receta y sin receta médica.
- Educación sobre dietas y control de peso como también prevención de alcoholismo, drogadicción, salud mental, sexualidad, embarazo y abstinencia.
- Referencias a servicios médicos que no se ofrecen en el Centro de Salud de Berkeley High School

.....  
**NOTA: LA LEY DE CONSENTIMIENTO DE MENORES DEL ESTADO DE CALIFORNIA permite a un menor de 12 años o mayor recibir los siguientes servicios con o sin el consentimiento o permiso de los padres.**

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo las vacunas del HPV (virus de papiloma humano) y Hepatitis B
- Exámenes de embarazo, anticonceptivos, consejería sobre opciones y referencias a servicios relacionados con el embarazo
- Consejería en crisis de salud mental.
- Consejería y referencias sobre el abuso del alcohol y drogas

- .....
- ENTIENDO QUE A NINGUN ESTUDIANTE O A SU FAMILIA SE LE COBRARA DIRECTAMENTE POR SERVICIOS RECIBIDOS EN EL CENTRO DE SALUD.
  - Entiendo/entendemos que este consentimiento cubre solo servicios recibidos únicamente en esta clínica, y no autoriza servicios ofrecidos o proporcionados por cualquier otra agencia, pública o privada.
  - Tengo en cuenta que el personal del Centro de Salud coordinará directamente con el doctor primario del estudiante para asegurar seguimiento en su cuidado como también otras necesidades acerca de su salud como sea necesario.
  - He completado la forma adjunta de Historial Médico de la mejor manera posible de acuerdo a mis habilidades. Este consentimiento quedará en efecto hasta que la matrícula en Berkeley High School termine, o sea revocada por escrito.
  - Yo/Nosotros autorizamos al personal profesional de la clínica en dar el tratamiento necesario o aconsejable a mi hijo (a)
  - Entiendo que el Centro de Salud de BHS/B-Tech participa en una evaluación del condado entero llevada a cabo por la Universidad de CA, SF (UCSF) de los Centros de Salud fundados en las Escuelas y juntan información sobre los estudiantes que utilizan los servicios y después comparte esta información con UCSF **sin nombres o información que identifiquen al individuo.** Entiendo que el Centro de Salud nunca compartirá información personal de los padres, guardianes legales o de mi hijo(a) sin mi permiso.
  - Entiendo que no puedo negarle el derecho a mi hijo(a) en recibir servicios mandatorios por la ley de consentimiento de menores (lea arriba).
  - El estudiante tiene mi permiso en recibir todos los servicios que se ofrezcan en el Centro de Salud de Berkeley High School/B-Tech **MENOS aquellos servicios que claramente especifico se excluyan a continuación:**

\_\_\_\_\_  
**ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA ANTES QUE SU HIJO(A) PUEDA RECIBIR CUALQUIER TIPO DE SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD DE BERKELEY HIGH SCHOOL/B-TECH, MENOS AQUELLOS SERVICIOS PERMITIDOS POR LA LEY DE CONSENTIMIENTO DE MENORES.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Guardián Legal (letra de molde)**

\_\_\_\_\_  
**Relación al Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA del Padre/Guardián Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*\*\*\*Por Favor De Entregarla En El Centro De Salud De Berkeley High School\*\*\*\*\*

# **HISTORIAL MEDICO – Los Centros de Salud de Berkeley High School Y B-Tech**

*(El formulario tiene que ser contestado y firmado por el padre o guardián del estudiante)*

## **POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DEL REGISTRO DE VACUNAS DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencias (Nombre/Teléfono): \_\_\_\_\_

Seguro Medico: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor Medico Primario: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

No tenemos Seguro Medico:  Nos gustaría obtener Seguro Medico: Si  No

1. Es el estudiante alérgico a alguna medicina? Si  No  Si es así, indicar nombre de medicamento y describir reacción:

\_\_\_\_\_

2. Escriba todas las medicinas que el estudiante este tomando ahora y la condición que esté tratando/curando:

Medicación: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Razonamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Ha sido el estudiante hospitalizado por una noche? Si  No  Si es así, de la edad de hospitalización y describir el problema:

\_\_\_\_\_

4. Ha tenido el estudiante lesiones graves? Si  No  Si es así, por favor de la edad cuando se lesionó y describir la lesión:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por Favor marque (✓) si el estudiante ha tenido alguna vez cualquier de los siguientes problemas de salud:

	Si	No		Si	No		Si	No
Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección del Oído.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnosis Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos sanguíneos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia alimentaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de los riñones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficiencia Auditiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebitis/Coágulos de sangre ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones Cardíacas....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Células Falciformes/Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal de la vejiga.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Varicela.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique las condiciones marcadas arriba (edad de inicio, el tratamiento, el estado actual, etc):

\_\_\_\_\_

**Historial Medico Familiar:** Tiene el estudiante familiares o parientes (padres, hermanos, tías, tíos, abuelos) vivos o muertos, que hayan tenido unos de los siguientes problemas de salud?

	Yes	No	Quien		Yes	No	Quien
Alcoholismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Presión Arterial Alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Abuso de sustancias: tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol Alto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad Pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diagnosis Salud Mental /Depresión...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Defectos de Nacimiento/Congénitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sanguíneos Anormal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones/Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer: tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fumar/Tabaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque Cardíaco/Derrame Cerebral <55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Otras: _____			
Ataque Cardíaco/Derrame Cerebral >55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* NO SE OLVIDE EN FIRMAR EL CONSENTIMIENTO EN LA PAGINA ANTERIOR \*\*\*\*\*