



Community Health & Wellness Center (CHWC) fue el único Centro de Salud de CT que recibió una subvención de dos años de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) para el Centro de Salud Escolar (SBHC por sus siglas en inglés) con solo 27 subvenciones otorgadas a nivel nacional.

Metas: Los objetivos del proveedor médico 2de SBHC son dobles. Uno, es ser un practicante colaborativo con los pediatras locales. Dos, es promover conductas y hábitos saludables.

Objetivos: Trabajar con pediatras comunitarios para mejorar los servicios médicos y de salud mental. Los estudiantes con un pediatra establecido serán referidos a su proveedor para la continuidad de la atención. Los estudiantes pueden ser referidos al SBHC desde el consultorio del pediatra. El SBHC también puede iniciar el proceso de colaboración. Los servicios incluyen:

- Sin gastos de bolsillo
- El seguro será facturado
- Proporcionar atención médica preventiva y de diagnóstico disponible, accesible y confidencial
- Fomentar comportamientos que promuevan la salud a través de la educación y el asesoramiento
- Ayudar a los estudiantes a desarrollar un estilo de vida físico y psicológico saludable
- Detección temprana y tratamiento de afecciones y enfermedades
- Ayudar a los estudiantes a obtener atención médica a través de referencias a proveedores comunitarios
- Abordar los determinantes sociales de la salud

Colaboración: Los profesionales de SBHC trabajan en estrecha colaboración con: pediatras comunitarios, familias, enfermeras escolares, trabajadores sociales clínicos con licencia (LCSW), departamento de orientación, facultad escolar, administración escolar, coordinadores de bienestar

La colaboración del pediatra comunitario incluye:

- Diálogo y comunicación con el pediatra del alumno
- Suplemento y apoyo para la atención en el consultorio
- Asistencia con el monitoreo, evaluación y educación de los estudiantes

Elegibilidad: Todos los estudiantes que asisten a las Escuelas Públicas de Torrington y a la Escuela Técnica Oliver Wolcott

- Los estudiantes menores de 18 años, que no sean menores emancipados, deben presentar un Formulario de Consentimiento para el Tratamiento y un Formulario de Divulgación de Información firmado por un padre o tutor

Alcance de la enfermera pediátrica practicante:

- Manejo de condiciones crónicas
- Bienestar
- Educación para la salud
- Exámenes físicos escolares/deportivos
- Visitas por enfermedad
- Determinantes sociales de la salud

Alcance del trabajador social clínico con licencia:

- Evaluación y admisión de salud mental
- Terapia Individual
- Terapia Familiar
- Terapia cognitivo-conductual (TCC)
- Terapia conductual
- Terapia de juego

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Apellido(s):			1er Nombre:			2do Nombre:		
Nombre del padre o tutor si el paciente es menor de edad:								
Dirección:						Unidad/Apto/Piso:		
Ciudad:			Estado:			Código Postal:		
# de Seguro Social:			Fecha de Nacimiento:			Correo electrónico:		
Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir actualizaciones y notificaciones de CHWC.								
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciada(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja Otro(a): _____						<input type="checkbox"/> Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Hombre trans (M a F) <input type="checkbox"/> Mujer trans (F a M) <input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> No divulgada Otra: _____		
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> heterosexual <input type="checkbox"/> homosexual o lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No divulgada Otro(a): _____								
Teléfono primario:			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo					
Teléfono secundario:			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo					
Raza: Marque todas las que corresponderan:						Etnicidad:		Idioma:
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Blanco Otra: _____						<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____
Sin hogar:			Trabajador Migrante:			Veterano del militar:		Farmacia preferida:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Viviendo con familiar/amigo			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Por temporada			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Contacto de Emergencia:						# de teléfono:		
Se puede comunicar con el contacto de emergencia en caso de que no podamos comunicarnos con usted para recibir atención de rutina.								

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre del Seguro Primario:			Número de Póliza:			Número de Grupo:		
Nombre del suscriptor:						Relación del paciente con el suscriptor:		
						<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro(a)		
Nombre del Seguro Secundario:			Número de Póliza:			Número de Grupo:		
Nombre del suscriptor:						Relación del paciente con el suscriptor:		
						<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro(a)		

Por favor complete a la siguiente sección para garantizar que podamos ofrecerle todos programas y beneficios para los que puede calificar.

Family size: _____ **Total Household Annual Income: \$** _____

Pautas del Nivel Federal de Pobreza para 2022 (FPL) Elija por favor un nivel de pobreza federal basado en el tamaño de la familia y los ingresos.

Family Size	<100% <input type="checkbox"/>	101%-133% <input type="checkbox"/>	134%-167% <input type="checkbox"/>	168%-200% <input type="checkbox"/>
1	\$13,590	\$18,075	\$22,695	\$27,180
2	\$18,310	\$24,352	\$30,578	\$36,620
3	\$23,030	\$30,630	\$38,460	\$46,060
4	\$27,750	\$36,908	\$46,343	\$55,500
5	\$32,470	\$43,185	\$54,225	\$64,940

Por favor voltee, lea y firme

Autorización para tratar - Asignación de beneficios - Aviso de prácticas de privacidad

- Por la presente doy mi consentimiento para ser tratado como paciente de Community Health & Wellness Center of Greater Torrington, Inc. (CHWCGT) en cualquier ubicación de CHWCGT, incluidas las ubicaciones escolares cuando corresponda, con el fin de recibir atención médica, de salud mental o dental y procedimientos de tratamiento y/o diagnóstico. Entiendo que tengo derecho a consentir o negarme a consentir cualquier procedimiento o tratamiento terapéutico propuesto, y que antes de cada procedimiento o tratamiento tendré a mi disposición una discusión sobre los riesgos, beneficios y alternativas de cada procedimiento o tratamiento.
- Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos por cualquiera y todos los servicios profesionales prestados por CHWCGT y cualquier establecimiento de terceros necesarios para realizar actividades comerciales.
- Por la presente, autorizo y ordeno a mi compañía de seguros que realice el pago de cualquier beneficio adeudado directamente a CHWCGT, y entiendo que cualquier copago, referencia, nueva información de seguro, deducibles y servicios denegados serán responsabilidad del paciente, según corresponda. No se cobrarán copagos en nuestros programas escolares.
- Entiendo mi responsabilidad como paciente con respecto al pago de los servicios que recibo de CHWCGT y acepto proporcionar información de seguro nueva o actualizada según sea necesario.
- CHWCGT no es responsable de ningún servicio que pueda recibir en otras instalaciones, que no son propiedad ni están operadas por CHWCGT. Cualquier cargo de dichas instalaciones es responsabilidad del paciente. Por ejemplo: laboratorio, radiografías, atención especializada, etc.
- Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de CHWCGT que describe cómo se puede usar y divulgar mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir actualizaciones de estas Prácticas de Privacidad, y si tengo alguna pregunta o queja, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de CHWCGT.
- Entiendo que CHWCGT puede acceder a mi información médica, incluidos los resultados de diagnósticos y exámenes, desde los sistemas de registro de salud electrónicos de otros proveedores de atención para brindar tratamiento.
- Por la presente doy mi consentimiento para permitir que CHWCGT recupere información de una base de datos que monitorea cuándo y quién me recetó medicamentos por última vez.
- Entiendo que CHWCGT participa en el intercambio de información de salud para mejorar la calidad de la atención que se me brinda. Reconozco que puedo optar por no participar en el intercambio de información en cualquier momento.
- Según lo exige la ley, CHWCGT compartirá la información de inmunización con el Departamento de Salud Pública (DSP) del estado de CT. Entiendo que puedo optar por no participar enviando una solicitud por escrito firmada al Programa de Inmunización de DSP.
- He recibido una copia de mis derechos y responsabilidades como paciente y comprendo mis derechos y responsabilidades como paciente.

Nombre impreso: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Firma del tutor/Poder legal/Padre/curador, si corresponde

HIPAA given on Date: ___/___/___

Política de quejas de pacientes

Un paciente, familiar o cuidador debe tener la capacidad de expresar una queja o agravio a los niveles apropiados de autoridad como parte del derecho de los pacientes a procesar y de acuerdo con el Protocolo de Quejas del Paciente de CHWC. Los pacientes, familiares o cuidadores que expresen quejas y/o agravio no estarán sujetos a represalias o barreras para la atención.

- A. Un paciente, familiar o cuidador puede registrar una queja o agravio a cualquier miembro del personal en persona, por teléfono, correo o correo electrónico dentro de los 60 días calendarios posteriores a la fecha del evento. Un formulario de queja del paciente será completado por el miembro del personal tras la notificación de la intención de un paciente de expresar una queja. El miembro del personal ingresará los datos en el software Feedback Manager de CHWC y adjuntará el formulario de quejas del paciente.
- B. La investigación de una queja se llevará a cabo tan rápidamente como lo requiera el caso, pero a más tardar 30 días calendarios después de completar un formulario de queja del paciente. Si la investigación de una queja requiere tiempo adicional, se notificará al paciente por teléfono que la organización puede tardar hasta 14 días calendarios en continuar su investigación.
- C. Un paciente, familiar o cuidador será notificado por teléfono al finalizar la investigación de cualquier acción tomada en base a la evidencia descubierta durante la investigación. CHWC considera que se ha resuelto la queja cuando el paciente expresa verbalmente su satisfacción con las acciones tomadas en su nombre.
- D. Si una queja no se resuelve en este momento, el Defensor del Paciente clasificará la queja como un agravio y lo enviará al Director Médico para una mayor investigación o revisión. El Director Médico notificará al paciente por escrito la decisión y las pruebas en las que se basó la decisión.
- E. Si la queja aún no se resuelve, el paciente puede solicitar por escrito que el Director Médico presente la queja a la Junta Directiva para su revisión. La Junta Directiva tendrá 30 días a partir de la recepción de la queja para tomar una determinación final y entregar la respuesta por escrito al Director Ejecutivo, al Director Médico y al paciente, familia o cuidador.
- F. El Comité de Revisión revisará caso por caso cualquier queja presentada por un paciente que haya sido suspendido de servicios en CHWC y solicite restablecerse. Debe haber pruebas suficientes para demostrar que el motivo de la suspensión fue un incidente aislado o que el paciente ha tomado las medidas adecuadas para minimizar la posibilidad de una repetición de la acción que resultó en suspensión de los servicios. Si las pruebas examinadas son satisfactorias para el Comité de Examen, los servicios pueden ser reintegrados.
- G. El Director Ejecutivo y la Junta Directiva evaluarán cada dos años a la organización de que cumpla con esta política. La evaluación incluye:
 - a) Una revisión trimestral de las tendencias en las quejas de los pacientes por parte del Comité de Mejora Continua de la Calidad (CQI). El Comité CQI recomendará iniciativas de calidad o cambios en el sistema basados en las tendencias.
 - b) Trimestralmente, el Gerente de Calidad presentará los datos de quejas de los pacientes para su revisión por parte del Director Médico. Cualquier queja categorizada como de alta prioridad de acuerdo con el Protocolo de Quejas del Paciente, será puesta en conocimiento del Director Médico de inmediato.
 - c) Un resumen semestral completo de los datos de quejas y tendencias de los pacientes irá a la Junta Directiva para su revisión.

Firma del paciente: _____

Nombre impreso del paciente: _____

