



El programa del Centro de Salud Escolar (SBHC) de Community Health & Wellness Center (CHWC) se encuentra en las Escuelas Públicas de Torrington y en la Escuela Secundaria Técnica Oliver Wolcott. Brindamos servicio de atención primaria, salud mental y servicios sociales a los estudiantes sin gastos de bolsillo para la familia.

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 **Sin cobro de bolsillo** Los servicios incluyen:

- 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 del PACIENTE					
Apellidos:		Primer Nombre:		Segundo nombre:	
Nombre preferido:		Sexo asignado al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Pronombres preferidos:	
Nombre de los padres o tutores si el paciente es menor de edad:					
Dirección postal:		Ciudad:		Estado:	Código postal
Número de seguro social:		Fecha de nacimiento:	Correo electrónico (Al proporcionar su correo electrónico, acepta recibir actualizaciones y notificaciones de CHWC):		
Teléfono primario Casa:		Celular:		Trabajo:	
Teléfono secundario Casa:		Celular:		Trabajo:	
Nombre de Contacto de Emergencia: <small>Se puede contactar al contacto de emergencia en caso de que no podamos comunicarnos con usted para recibir atención de rutina:</small>				# de teléfono:	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Otro:			Identidad de género <input type="checkbox"/> Masulina <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Mujer Trans (M a F) <input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> Género fluido		
Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> Otra:			<input type="checkbox"/> Hombre Trans (F a M) <input type="checkbox"/> Gender nonconforming <input type="checkbox"/> Elijo no revelar		
Raza: Circule todos los que correspondan <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No identifico <input type="checkbox"/> Otra:		Etnicidad: Circule todos los que correspondan <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Otro / Hispano:		Idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos acerca de usted (como creencias culturales o religiosas) para su tratamiento médico?					
Me gustaría ayuda con: Circule todos los que correspondan <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alojamiento		<input type="checkbox"/> Elijo no revelar <input type="checkbox"/> Transportación	
Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Tengo un lugar estable para vivir <input type="checkbox"/> Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro. <input type="checkbox"/> No tengo un lugar estable donde vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque)				Trabajador Migrante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal	Veterano Militar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMATION de SEGURO

Nombre del Seguro Primario:	# de póliza:	# de grupo:
Nombre del suscriptor:	Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mi mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otra	
Nombre de Seguro Secundario:	# de póliza:	# de grupo:
Nombre del suscriptor:	Relación del paciente al suscriptor: <input type="checkbox"/> Mi mismo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otra	

Farmacia preferida (Nombre, ciudad, dirección):

Por favor complete la siguiente información. Usamos esto para ofrecerle todos los programas y beneficios para los que pueda calificar.

Tamaño de la familia: _____ **Ingreso anual total del hogar: \$** _____

Lista de tarifas 2023 Elija un nivel federal de pobreza según el tamaño y los ingresos de su familia.

	<100% <input type="checkbox"/>	101%-133% <input type="checkbox"/>	134%-167% <input type="checkbox"/>	168%-200% <input type="checkbox"/>
1	\$14,580	\$19,391	\$24,349	\$29,160
2	\$19,720	\$26,228	\$32,932	\$39,440
3	\$24,860	\$33,064	\$41,516	\$49,720
4	\$30,000	\$39,900	\$50,100	\$60,000
5	\$35,140	\$46,736	\$58,684	\$70,280
6	\$40,280	\$53,572	\$67,268	\$80,560

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: _____

BIENVENIDOS A COMMUNITY HEALTH & WELLNESS CENTER

Community Health & Wellness Center se compromete a “brindar atención médica de calidad, profesional y con compasión, a un precio accesible y sin discriminación a todos los residentes” de la área metropolitana de Torrington. El centro brinda atención médica integral primaria y preventiva independientemente de su capacidad de pago.

COBERTURA MÉDICA DESPUÉS DE HORAS HÁBILES Cualquier paciente de Community Health & Wellness Center que tenga un asunto urgente pero no requiere atención de emergencia puede llamar a 860-489-0931, y podrá dejar un mensaje con nuestro servicio telefónico de contestación y el proveedor de guardia será contactado inmediatamente. Este proveedor le contactará tan pronto sea posible, ¡favor de estar disponible para esta llamada!

ASISTENCIA FINANCIERA

¡Todos se merecen buen cuidado de salud! Somos un Centro de Cuidado de Salud Federalmente Calificado que ofrece un plan de descuento para los que califican. Si usted piensa que necesita ayuda por favor pide información aquí y será evaluado por un asesor financiero.

EXCLUSIONES DE LA ASISTENCIA FINANCIERA: servicios rendidos fuera de nuestras instalaciones: laboratorios, rayos-x y especialistas. Estos cargos no son la responsabilidad de CHWCGT.

PÓLIZA PARA REPOSICIÓN DE RECETAS MÉDICAS

Para servir mejor a nuestros pacientes, y manejar el gran número de solicitudes para reposición de recetas médicas, les pedimos a nuestros pacientes que nos ayuden a manejar estas solicitudes de la siguiente manera:

- Acuérdesse por favor de informarle a su proveedor y a su asistente durante su cita cuando necesita reponer la receta médica. Esto evitará que usted tenga una interrupción en el acceso a sus medicinas. También ayudará en eliminar llamadas innecesarias.
- Si se le acaba su medicina entre citas, llame por favor a su farmacia primero. A veces quedan repuestos. Además, la farmacia puede ponerse en contacto con nosotros vía electrónica sin tener que llamar por teléfono.
- Si se le acaba la medicina por completo, póngase en contacto con nosotros con un mínimo de 5 días de anticipación para poder procesar una nueva receta y prevenir que se le acabe la medicina por completo.

PÓLIZA DE AUSENCIAS

Hay un gran número de personas que esperan citas en nuestro centro. Las citas son muy solicitadas. Lo que hace que esta situación sea más difícil es el número de "pacientes" **que no cumplen con sus citas programadas** y no llaman con anticipación para cancelar o reprogramar. Debido a esto, Community Health & Wellness Center se ve obligado a instituir una **póliza de ausencias**.

Es la **responsabilidad del paciente** notificar a la oficina con 24-48 horas de anticipación de su cita si necesita reprogramarla o cancelarla para que podamos ofrecer el tiempo a otro paciente que está esperando atención.

Cuando un paciente pierde dos citas programadas, sin notificar a la oficina, la próxima cita solicitada será en modo de espera (lo que significa que no se dará una cita programada y el paciente tendrá que sentarse y esperar a que un proveedor tenga una vacante en su horario). **Desafortunadamente, no hay garantía de que lo vean ese día y es posible que tenga que regresar al día siguiente hasta que un proveedor tenga una vacante en su horario.** Además, esa visita será breve. No demoraremos a los pacientes programados que se presentan a tiempo para los pacientes que están en modo de espera.

Al implementar esta póliza, creemos que honramos a los pacientes que programan y acuden a sus citas, mientras que se acomodan a todos que necesitan atención de manera más eficientemente.

PÓLIZA DE TARDANZAS

Para brindar una atención óptima a todos los pacientes, llegue a tiempo a las citas. Los pacientes que llegan **después de 10 minutos** pueden ser reprogramados con otro proveedor.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA PÓLIZA DE REPOSICIÓN DE RECETAS MÉDICAS, LA PÓLIZA DE AUSENCIAS, Y LA PÓLIZA TARDANZAS Y COMO PACIENTE ES MI RESPONSABILIDAD DE RESPETAR LAS PÓLIZAS DEL PACIENTE DEL CENTRO.

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo _____ autorizo

 Escriba por favor – Nombre del paciente Fecha de nacimiento Número telefónico

Para enviar información a:

ESCRIBA POR FAVOR – Nombre de la agencia, oficina o centro médico

Dirección

Para recibir información de:

ESCRIBA POR FAVOR – Nombre de la agencia, oficina o centro médico

Dirección

INICIALES junto a la información a divulgar:

Medico		Dental		Salud Mental		Ginecologia	
Expediente Completo		Expediente Completo		Expediente Completo		Expediente Completo	
Resumen del paciente		Resumen del paciente		Resumen del paciente		Resumen del paciente	
Notas de evolución clínica		Nota de procedimiento		Evaluación Diagnóstica Inicial		Notas de evolución clínica	
Examen físico		Rayos X		Evaluación Siquiátrica		Examen anual	
Resultados de laboratorio				Planificación del tratamiento		Resultados de laboratorio	
Informes de diagnóstico por imágenes				Notas de evolución clínica		Informes de diagnóstico por	
Inmunizaciones				Resumen de alta		Resultados del Papanicolaou	

Fecha de tratamiento: Todas fechas *o* Fechas De: A:

Otra información específica que se divulgará _____
 ¿Alguna información que NO desee divulgar? _____

INICIALES junto a cada elemento a continuación si autoriza específicamente la divulgación de información médica relacionada con las pruebas, el diagnóstico o el tratamiento para:

VIH/SIDA		Trastornos por uso de sustancias		Trastornos psiquiátricos/salud mental	
----------	--	----------------------------------	--	---------------------------------------	--

Esta información será divulgada con el siguiente propósito (cualquier otro uso está prohibido)

- Discapacidad Legal Mudarse fuera del estado Atención especializada Para obtener tarjeta de Seguro Social
 Personal Transferring to New PCP Other:

- Entiendo que los registros que se divulgarán pueden contener información relacionada con el VIH, psiquiatría, tratamiento por abuso de drogas o alcohol, y pueden contener otra información confidencial. Entiendo que la confidencialidad de dichos registros está protegida por las leyes estatales y federales y no se pueden divulgar sin mi autorización, a menos que la ley disponga lo contrario.
- Entiendo que negarme a otorgar el consentimiento para divulgar información no pondrá en peligro mi derecho a obtener tratamiento, pago o elegibilidad para recibir beneficios, excepto cuando la divulgación sea necesaria para el tratamiento.
- También entiendo que este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento mediante la firma en la sección "CANCELACIÓN/REVOCACIÓN" a continuación, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a ello. La ley federal establece que una vez que se firma un comunicado de libertad condicional, no se puede revocar. La ley federal puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no proteger la información divulgada por esta institución. 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.
- Esta Autorización vencerá en 180 días después de la fecha que aparece a continuación o 180 días después del tratamiento final del paciente.

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Paciente/Cliente o Representante legal autorizado/Tutor

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

Testigo

CANCELACIÓN/REVOCACIÓN: _____ Fecha: _____

Firma del paciente/cliente/representante legal autorizado