



Pueblo  
Community  
Health Center

# Centros de Bienestar Escolar

Pueblo Community Health Center (PCHC) da la bienvenida a los estudiantes y padres/tutores al nuevo año escolar. En asociación con los distritos escolares 60 y 70 de Pueblo y CHPA, PCHC es responsable de los Centros de Bienestar Escolar (SBWC) en varias escuelas del Condado de Pueblo.

PCHC atenderá a cualquier estudiante sin importar su capacidad de pago. Por favor, vea la sección sobre la responsabilidad financiera en el “Consentimiento para el tratamiento y la divulgación” en el reverso de esta página.

Antes de que cualquier estudiante pueda ser atendido, requerimos un Consentimiento del Estudiante firmado por sus padres/tutores. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que el estudiante deje su escuela, o hasta que el padre/tutor indique al SBWC que lo cancele. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la escuela sobre los cambios en la tutela.

Una vez que el formulario de consentimiento esté en el archivo, un estudiante es bienvenido a ser visto en CUALQUIER sitio de SBWC. Los padres/tutores que tengan preguntas sobre los servicios del SBWC son alentados a contactar al PCHC al (719) 543-8711.

## Ubicaciones

**Centennial High School**  
2525 Mountview Drive  
Pueblo, CO 81008

**Central High School**  
216 East Orman Avenue  
Pueblo, CO 81004

**Chávez/Huerta K-12 Preparatory Academy**  
2727 West 18th Street  
Pueblo, CO 81003

**East High School**  
9 MacNeil Road  
Pueblo, CO 81001

**Pueblo County High School**  
1050 Lane 35  
Pueblo, CO 81006

**Pueblo Community College**  
The Student Health Clinic  
900 West Orman Avenue, MT 118  
Pueblo, CO 81004

## Servicios

### Exámenes

- Exámenes físicos para deportes, escuelas y campamentos
- Seguimiento de PCP
- Lesiones y enfermedades agudas
- Preocupaciones comunes (acné, peso, menstruación)
- Pruebas y tratamiento de ETS

### Educación

- Salud de los padres y los alumnos
- Prevención de drogas y alcohol

### Asesoramiento

- Consumo de drogas y alcohol
- Individuales, grupos y familias
- Nutrición
- Planificación familiar

### Otros

- Pruebas de laboratorio (limitadas)
- Prescripciones (limitadas)
- Coordinación del tratamiento médico y de salud mental
- Atención dental preventiva

## Asistencia Financiera

Se acepta el seguro para los servicios prestados por el Centro de Bienestar Escolar. En el caso de que el estudiante no esté cubierto por el seguro, proporcionaremos el tratamiento una vez que los padres/tutores hayan completado una Solicitud de elegibilidad financiera.

Se evaluarán y cobrarán los copagos y/o deducibles. Si su hijo es remitido a un hospital, especialista u otro proveedor de atención médica, los cargos adicionales son responsabilidad del padre/tutor. Los gastos de vacunación son aparte.



## CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA DIVULGACIÓN

Nombre del Estudiante (Paciente): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Las escuelas de la Ciudad/Condado de Pueblo y el Centro de Salud Comunitario de Pueblo han establecido un programa de Centro de Bienestar Escolar (SBWC, por su sigla en inglés) para proporcionar atención médica primaria y servicios de salud mental a sus estudiantes. Los servicios proporcionados a través del programa SBWC incluyen, pero no se limitan a, tratamiento y servicios de diagnóstico, terapia individual y familiar, educación del paciente y administración de vacunas (las vacunas pueden requerir un consentimiento por separado). Yo voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para que el SBWC, su personal y proveedores presten servicios de atención médica y de atención conductual. Reconozco que no se puede garantizar o se ha garantizado el resultado de los tratamientos o exámenes y entiendo que todos los tratamientos médicos contienen riesgos inherentes.

**Participación y notificación de los padres/tutores.** La ley de Colorado puede prohibir que la SBWC y sus proveedores informen a los padres/tutores sobre problemas de salud mental, problemas de abuso de sustancias, trastornos alimentarios, asuntos relacionados con el embarazo, planificación familiar, incluyendo el control de la natalidad, y el diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin el permiso del paciente. A los efectos de estas condiciones, el paciente puede establecer una relación confidencial y privilegiada con el proveedor de SBWC. Sin embargo, la práctica de la SBWC es tratar de obtener el permiso del paciente para informar a sus padres, tutores o a un adulto que se preocupe por su salud cuando una o más de estas condiciones estén presentes. Cuando no se concede el permiso, el personal de la SBWC recomendará encarecidamente al estudiante que comunique su condición a sus padres y/o tutores. Se recomienda a los padres, tutores u otros representantes autorizados que tengan preguntas sobre los servicios de SBWC que se pongan en contacto con la SBWC para realizar sus consultas.

**Confidencialidad y divulgación de información.** Por la presente autorizo a la SBWC a divulgar información de los registros médicos del paciente para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines permitidos por las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por su sigla en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por su sigla en inglés), incluyendo a cualquier proveedor de atención médica, al personal de enfermería de la escuela y a otro personal de SBWC que esté involucrado de alguna manera con el cuidado del paciente y a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todos o parte de los cargos por los servicios, bienes o instalaciones proporcionados al paciente. Entiendo que después de la divulgación de esta información, la SBWC no puede controlar su confidencialidad. También doy mi consentimiento y autorizo al personal de SBWC a examinar los registros escolares del paciente, asistencia y otros registros según sea necesario para ayudar al personal de SBWC con el diagnóstico y tratamiento del paciente. Entiendo que la negativa a autorizar la divulgación de la información de salud del paciente a un plan de beneficios de salud (incluyendo seguro de salud, programa de beneficios de descuento, programas de salud del gobierno, etc.) no tendrá ningún efecto en mi inscripción, elegibilidad para los beneficios del programa SBWC.

**Responsabilidad financiera y asignación de pagos directos.** Por la presente autorizo a SBWC y a sus proveedores a facturar cualquier plan de beneficios de salud (incluyendo seguro médico, programa de beneficios de descuento, programas de salud del gobierno, etc.) que pueda ser responsable de proporcionar cobertura y/o pago por el servicio proporcionado al paciente por SBWC. En el caso de que el paciente no tenga cobertura médica, el SBWC y sus proveedores proporcionarán tratamiento y servicios y el padre/tutor será responsable de cualquier cargo. El padre, madre o tutor puede completar una evaluación de elegibilidad financiera para determinar si el paciente califica para algún programa de asistencia de atención médica que ayude con el costo de la atención del paciente. Por la presente autorizo que el pago se haga directamente a la SBWC y a sus proveedores, sin exceder el monto de sus cargos regulares, de otra manera pagadero a mí por mis servicios de atención médica, bienes e instalaciones provistas. Entiendo que no hay garantía de reembolso de ningún plan de beneficios de salud u otro pagador y que puedo ser financieramente responsable de todos los cargos que por cualquier razón no hayan sido pagados por mi plan de beneficios de salud u otro pagador dentro de un período de tiempo que el SBWC estime razonable. Los copagos y/o deducibles asociados con cualquier plan de beneficios de salud serán evaluados y cobrados. Además, puede ser necesario derivar al paciente al hospital, a especialistas o a otros proveedores de atención médica para que reciban el tratamiento recomendado con el fin de brindar una atención médica de calidad. Estos proveedores pueden tener cargos separados por estos servicios que serán responsabilidad del estudiante/padre/tutor y que no están cubiertos por este formulario de consentimiento.

**Reconocimiento y terminación de este formulario de consentimiento.** Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que el paciente ya no esté inscrito en la escuela actual del paciente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que SBWC ya haya actuado con mi permiso. Es la responsabilidad del padre/tutor notificar a SBWC sobre los cambios en la tutela.

**RECONOZCO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO, ENTIENDO SU CONTENIDO Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL MISMO. RECONOZCO QUE HE REVISADO EL AVISO DE PRIVACIDAD DE PUEBLO COMMUNITY HEALTH CENTER. ADEMÁS, RECONOZCO QUE SOY EL PACIENTE O UNA PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE O DE OTRA MANERA PARA FIRMAR Y ACEPTAR ESTE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE.**

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA \_\_\_\_\_

Authorized Use Only	
Staff Initials: _____	Dept: _____
New Patient: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
FPT <input type="checkbox"/> FHT <input type="checkbox"/> IZ's <input type="checkbox"/> SBWC Non-Medical <input type="checkbox"/>	