

Para: Padres/Tutores de Estudiantes de la Escuela Preparatoria

¿QUE ES "MESH"? MESH (Salud Móvil en la Escuela) es una unidad médica móvil que viene a las escuelas preparatorias de lunes a viernes. MESH hace que sea conveniente proporcionar cuidado a los estudiantes mientras están en la escuela, por lo tanto, disminuye la cantidad de tiempo que los estudiantes están fuera del salón de clase. Esto permite que los estudiantes regresen a clase en un tiempo adecuado. MESH cuenta con un médico familiar y una enfermera todos los días. MESH también cuenta con un consejero tres días por semana. MESH coordina con las enfermeras escolares para estar en escuelas en días opuestos.

¿QUE ES LO QUE HACE MESH? MESH provee evaluaciones y tratamientos de enfermedades y heridas menores, físicos para deportes, algunas vacunas y exámenes de laboratorio. Hay medicamentos sin receta en la unidad de MESH para aliviar los síntomas y también se pueden dar recetas médicas. El consejero está disponible para hablar con los estudiantes cuando sea necesario. Todos los servicios en MESH son gratis para los estudiantes, excepto los físicos para deportes. Que cuestan \$15.00. MESH factura a Medicaid, Health Choice y algunos otros seguros médicos. MESH es para todos los estudiantes sin importar si tienen un seguro médico.

MESH no intenta tomar el lugar de su médico privado. Animamos a los estudiantes a que consulten a su médico privado para sus exámenes regulares.

¿CUANDO ESTA MESH EN LA ESCUELA?

- Lunes 9:00am-3:00pm- "Wilkes Central"
- Martes 9:00am-3:00pm-"West Wilkes"
- Miercoles 9:00am-3:00pm-"North Wilkes"
- Jueves 9:00am-3:00pm-"East Wilkes "
- Viernes- 9:00 am-12:00pm- "Early College" (1ro y 2do viernes de cada mes)

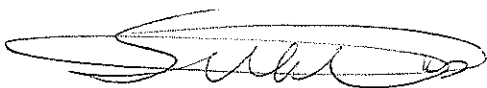
¿COMO UN ESTUDIANTES PUEDEN SER VISTOS EN MESH?

- Los padres/Tutores deberán completar el cuestionario del historial médico y el consentimiento de MESH y regresarlo a la oficina de la escuela o regresarlo a la unidad de MESH.
- El personal de MESH tiene que tener el consentimiento firmado por los Padres/Tutores para ver a los estudiantes en la unidad móvil.
- El consentimiento firmado cubre todos los años de escuela preparatoria pero puede ser revocado mediante una notificación por escrito a la escuela o al personal de MESH.
- Durante el año escolar, un estudiante puede llenar un formulario de solicitud de MESH en la oficina y ponerla en la caja de MESH localizada en la oficina para ser visto por la unidad de MESH.

Si usted tiene pregunta acerca de los servicios de MESH, puede llamar a la unidad de MESH al (336) 957-7043 (de lunes a viernes de 8:30 a 5:00pm). Si llama después de las 5:00 pm por una emergencia médica o de comportamiento y el estudiante es paciente del departamento de salud, llame al (336) 651-7450. Si el estudiante no es paciente del departamento de salud, llame al médico del estudiante.

MESH recibe fondos de United Way y usted puede designar a MESH para asegurar la continuidad de los servicios de MESH. Gracias por permitirnos servir a sus hijos.

Dr. Su Albert-Medical Director, Wilkes County Health Department Y MESH Services.



6/30/2017 By SEMN

MESH (Salud Móvil en la Escuela)
Departamento de Salud del Condado de Wilkes
306 College Street, Wilkesboro, NC 28697
(336) 957-7043

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA MESH
CENTRO DE SALUD DEL CONDADO DE WILKES- ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WILKES

Una copia del "Aviso de las Prácticas de Privacidad" para El Departamento de Salud del Condado de Wilkes/Servicios de MESH se encuentra en la página del Departamento de Salud: www.wilkeshealth.com y en la Unidad de MESH.

Yo concedo permiso a mi hijo(a) o a mí mismo, para ser inscrito en el programa de MESH y doy consentimiento para recibir servicios relacionados con la salud, los cuales pueden incluir exámenes, inmunizaciones, exámenes de salud, prueba de diagnóstico limitado (ejemplo. culturas de la garganta, análisis de sangre), educación, consejería, citas hechas con otros médicos y administración o prescripción de medicamentos necesarios. Entiendo que el archivo médico es propiedad del departamento de salud y la información en el será confidencial en acuerdo con la ley del estado. Yo doy permiso al departamento de salud de cobrar a la compañía de mi seguro médico escrita en esta forma. Entiendo que cualquier servicio facturado por agencias externas (por ejemplo, LabCorp) será mi responsabilidad.

Doy mi permiso para que el Departamento de Salud del Condado de Wilkes use y comparta información de Salud/médica para propósitos de tratamiento, pagos y asuntos administrativos.

Entiendo que mi información de salud puede ser compartida con las enfermeras de las escuelas públicas del condado de Wilkes. Una copia de la visita a MESH puede ser enviada al proveedor de servicios médicos en el archivo con la unida MESH.

Yo entiendo que bajo la ley del Estado de Carolina del Norte un menor de edad (menor de 18 años) podrá recibir tratamiento y/o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo, abuzo de drogas y salud mental. **NO SE DARA NINGUN METODO ANTINCONCEPTIVO NI REFERENCIAS PARA ABORTOS (Servicios permitidos bajo G.S.90.21 (a) solamente)**

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección de la Casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la Casa () _____ Raza _____ Sexo _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____ Seguro Social _____

¿Quién es el doctor del estudiante? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Madre: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre de la compañía donde trabaja _____ Teléfono del Trabajo _____

Padre: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre de la compañía donde trabaja _____ Teléfono del Trabajo _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICO

¿Tiene seguro médico? Sí _____ No _____

Nombre de la compañía de su seguro médico _____ Número de póliza _____

Nombre de la persona con el seguro médico _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social _____ Sexo _____ Raza _____ Número del grupo _____

INFORMACIÓN DE MÉDICAID

Medicaid: Sí _____ No _____ Nombre en el Medicaid: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo nombre _____

Número de identificación _____ Fecha de certificación _____

NC Child Health Program - Cuestionario de Historial Medico

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M (Masculino) (circule) F (Femenino)
Persona que llenó el formulario:	Fecha Completado:	Relación con el Paciente:	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL DEL HOGAR	
¿Es el niño/a adoptado? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Peso al nacer: _____ libras _____ onzas ¿El bebé nació a tiempo? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ semanas ¿El parto fue Vaginal? <input type="checkbox"/> Cesárea? <input type="checkbox"/> ¿Si tuvo cesárea, porque razón? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o al bebé nacer? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si respondió sí, explique: _____ Durante el embarazo, la mama: ¿Usó tabaco? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tomó alcohol? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Usó drogas o medicamentos? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____ ¿Usó vitaminas prenatales? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuándo?: _____ ¿Tuvo algunos problemas o necesidad de que el bebé se quedara en la unidad de cuidados intensivo?: No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si respondió sí, explique: _____ La alimentación inicial fue: Formula <input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> ¿Cuánto duró tomando el pecho?: _____ ¿Su bebé se fue del hospital a la casa junto con la madre? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Si no, explique: _____		Mencione a todos los que vivan en el hogar del niño/a, y las relaciones/ el parentesco con el niño/a y sus edades. _____ ¿Hay hermanos/as que no fueron mencionados? Si es así, escriba sus nombres, edades, y dónde viven : _____ ¿Con quien vive el niño/a? Esta en custodia con ambos padres Esta en custodia individual con solo padre o madre Vive con una familia asignada por ley (Foster Care) Si uno o ambos padres no viven en casa. ¿con que frecuencia ve el niño/a al padre/madre que no esta en la casa? _____ ¿Usan tabaco en su familia? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Quién(es)?: _____	
HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO/A		HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA BIOLÓGICA	
Alguna vez, su niño/a ha tenido/ha sido: Hospitalizado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algunas heridas graves/ Fracturas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alguna Cirugía <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alergias a Medicamentos/ u Otras Cosas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Médicas: Varicela (año): _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Infecciones de Oídos Frecuentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas de Audición o de Visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alergias Nasales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Asma/Enfermedad del Pulmones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Algún Problema de Corazón/ Sople en el Corazón <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas Inmunológicos/VIH o SIDA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal Frecuente/Estreñimiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Recurrente Infección en las Vías Urinarias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> /Enfermedad Renal--de los Riñones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos Metabólicos/Genéticos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir/Ronquido /Orinarse en la Cama <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas Crónicas de la Piel /Eczema <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Frecuentes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Convulsiones/Otros Problemas Neurológicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiroides/Otros Problemas Endocrino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Uso de Alcohol o Drogas/Uso de Tabaco <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Déficit de Atención/Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo/Discapacitado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caries Dentales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Historial de Violencia Familiar/Abuso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión Sexual/Embarazo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nivel alto de plomo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Otras: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		Hay alguien en la familia del niño (padres, abuelos, hermanos/as) que hayan tenido: Perdida de la Audición en la Infancia <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____ Alergias nasales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tuberculosis/Riesgos de Tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad del Pulmones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea/Ataque cerebral <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Colesterol Alto/Toma Medicina para el Colesterol <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia Drepanocítica (Sickle Cell) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Trastornos Sanguíneos o Hemorrágicos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Caries Dentales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado/Hepatitis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/Drogas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental/Depresión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo/Discapacitado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Problemas Inmunológicos /VIH o SIDA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Otro historial familiar: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> _____	
		Comentarios adicionales:	