

El Centro de Salud Escolar Móvil OneWorld Medical opera a través de acuerdos entre las Escuelas Públicas de Bellevue, Ralston, Omaha, y el Centro de Salud Comunitario OneWorld. Queremos promover la salud y el éxito educativo de los estudiantes y para ello necesitamos su ayuda.

Si tiene un paciente que quiere ser atendido de inmediato y no quiere esperar en una clínica de atención urgente o es demasiado costoso para él, podemos atenderlo de inmediato.

Brindamos atención para enfermedades usando telesalud para cualquier persona que presente síntomas de COVID-19. También brindamos visitas en persona para dolores de oído y síntomas de infección del tracto urinario. También podemos ayudar con enfermedades a largo plazo como el asma y la diabetes. Hacemos exámenes físicos escolares y deportivos, y damos vacunas. Los servicios de salud de comportamiento también se brindan a través de telesalud.

La inscripción es opcional para que las familias utilicen este servicio. Si está interesado, complete el formulario de inscripción adjunto y el formulario HIPAA en todos los Centros de salud escolares móviles de OneWorld Medical para visitar a la enfermera escolar de BPS.

Estas son algunas de las preguntas más comunes que tienen los padres:

¿Qué es un SBHC médico móvil?

Medical Mobile School Based Health Center: una clínica médica dentro de una camioneta grande.

¿Quién puede usar Medical Mobile SBHC?

Todos los estudiantes y hermanos de las Escuelas Públicas de Ralston, las Escuelas Públicas de Bellevue y las Escuelas Públicas de Omaha (2 meses – 18 años).

¿Cómo me inscribo en Medical Mobile SBHC?

Firme un formulario de inscripción para participar en el programa, un formulario de consentimiento para el tratamiento y un formulario HIPAA antes y/o en el momento de la cita.

¿Puede mi hijo(a) ver a el/la enfermera de la escuela? Si. SBHC trabajará con el/la enfermero(a) de la escuela para brindar atención.

¿Cuáles son los costos de los servicios en Medical Mobile SBHC?

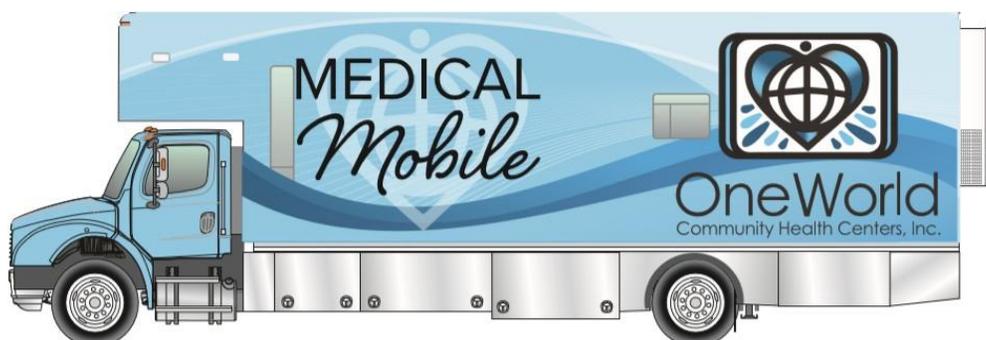
Aceptamos Medicaid, Kids Connection, seguro privado, plan de pago de escala móvil disponible. Todos los niños son atendidos independientemente de su capacidad de pago.

¿Cómo hago una cita?

Llame a Medical Mobile SBHC al (402) 880-4870, la enfermera de su escuela, OneWorld Community Health Centers o Walk-In.

¿Qué se necesita en la cita?

Registros de vacunas, tarjeta de seguro privado, tarjeta de Medicaid o talones de pago para escala de pago.





Información del Estudiante		
Apellido del Estudiante (legal):	Número de Estudiante:	
Primer Nombre del Estudiante (legal):	Segundo Nombre del Estudiante (completo):	
Dirección de la casa:	Ciudad:	Código Postal:
Sexo:	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	
Grado:	Nombre de la Escuela que Asiste:	
Padre/Madre/Tutor		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):	Primer Nombre (legal):	
Segundo Nombre (completo):	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	
Padre/Madre/Tutor Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:
Correo electrónico:	¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Padre/Madre/Tutor		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):	Primer Nombre (legal):	
Segundo Nombre (completo):	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	
Padre/Madre/Tutor Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el Estudiante:	
Teléfono de Casa:	Teléfono del Trabajo:	Teléfono Celular:
Correo electrónico:	¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Servicios Móviles de Centros de Salud basados en la Escuela		
<p>Los centros de salud basados en la escuela (por sus siglas en inglés SBHC-MS) estarán disponibles en la escuela de su hijo o en una escuela cercana. Estos servicios serán provistos por los Centros de Salud Comunitarios OneWorld (siglas en inglés OWCHC), UNMC, Universidad Creighton (Creighton), Hospital de Niños & Centro Médico (Children's) u otros proveedores de servicios contratados. La enfermera de la escuela coordinará el cuidado con los proveedores de servicio de salud ya que su hijo sea inscrito.</p> <p>SBHC-MS coordinará el cuidado con el proveedor principal del cuidado de su hijo, dentista, optometrista/oftalmólogo y/o proveedor de salud de conducta. Si usted tiene un seguro de médico privado o Medicaid, los proveedores de SBHC enviarán la factura a su seguro por los servicios provistos. Si usted no tiene seguro médico, SBHC ayudará a las familias con la inscripción a Medicaid, si es elegible.</p>		
Servicios Móviles de Centros de Salud basados en la Escuela		
<p>Servicios Móviles de Centros de Salud basados en la Escuela (por sus siglas en inglés SBHC-MS): tienen la habilidad de evaluar el estado de salud, examinar, diagnosticar y tratar condiciones comunes, ej. Dolores de garganta, lesiones menores, dolores de cabeza, vacunas, infecciones de oídos, y enfermedades tales como el hepatitis, tuberculosis y enfermedades transmitidas sexualmente. La ley del estado de Nebraska permite a los estudiantes a escoger ya sea que un padre sea notificado del cuidado relacionado a infecciones transmitidas sexualmente. El SBHC-MS no proveerá servicios de emergencia. El SBHC-MS podrá proveer servicios de conducta y psiquiátricos y puede también incluir el uso de tecnología de tele salud.</p> <p>Para inscribir a su hijo en Servicios Móviles SBHC-MS y permitir a BPS a proveer información confidencial al personal de SBHC para el diagnóstico y tratamiento debemos tener en nuestros expedientes de BPS y del proveedor SBHC-MS un formulario de inscripción y consentimiento firmado. El personal de SBHC-MS tratará de contactarlo a usted referente a la visita y los servicios provistos a su estudiante. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da el consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario OneWorld, para examinar y tratar a mi hijo con los servicios de salud basados en la escuela y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tales exámenes y tratamientos. Yo autorizo al personal de BPS, incluyendo a la enfermera escolar, el "United Way of the Midlands" de parte de BPS, a liberar la siguiente información del estudiante al SBHC identificados anteriormente para que provean servicios y lleven a cabo una evaluación del programa: Información de contactos de familia y de emergencia, número del estado del estudiante, asistencia y récords de disciplina, horarios, historial de vacunas, resultados de evaluaciones de salud tales como de audición y visión, evaluaciones psicológicas, récords de educación especial (IEP-MDT), Sección 504 del Plan de Adaptación, e información concerniente a la condición de salud tal como convulsiones, alergias, conmoción cerebral y asma. 		
Servicios Dentales		
<p>Servicios Dentales: Donde sea requerido por la ley, BPS provee servicios de evaluación dentales conducidos por contratistas por BPS. Los servicios pueden incluir educación de salud oral, evaluaciones, aplicación de barniz de fluoruro, limpieza/cuidado preventivo, cuidado restaurativo/correctivo, y uso de tecnología de tele salud. BPS puede proveer evaluación dental junto con lo requerido por la ley. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo autorizo a OWCHC, Creighton, y/u otros proveedores contratistas para evaluar y tratar a mi hijo con exámenes dentales y evaluaciones de tratamiento de continuación y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tal examinación y tratamiento. Yo autorizo al personal de BPS, incluyendo la enfermera escolar, para liberar la siguiente información estudiantil a los proveedores de servicio dentales identificados y para conducir la evaluación del programa, número de estudiante estatal y resultados de evaluaciones dentales. 		
Servicio de Visión		
<p>Servicios de Visión: Donde sea requerido por la ley, BPS provee servicios de evaluación de la visión conducidos por partes contratados con BPS. BPS puede proveer servicios de evaluación de visión adjunto a aquellos requeridos por la ley. Los servicios pueden incluir evaluaciones, exámenes, tratamientos y/o correcciones tales como lentes y puede incluir tele salud. Al firmar este formulario, usted da el consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo autorizo a Children's y/u otros proveedores contratados para examinar y tratar mi hijo con evaluaciones de visión (donde BPS no está requerido por ley a proveer las evaluaciones) y exámenes, y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tal examinación y tratamientos. Yo autorizo al personal de BPS, incluyendo la enfermera escolar, para liberar la siguiente información estudiantil a los proveedores de servicios de visión identificados y para conducir la evaluación del programa, información de contacto de la familia, número de estudiante estatal y resultados de evaluaciones y tratamientos de visión. 		
<p>Esta autorización expira cuando el niño deje BPS o se gradúe. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al entregar una carta para la Escuela Pública de Bellevue, Servicios de Información Estudiantil, 2600 Arboretum Drive, Bellevue, NE 68005 o al marcar la casilla para revocar abajo.</p>		
<p>Centro de Salud Basado en la Escuela <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Yo autorizo a Centro Comunitario OneWorld a examinar y tratar a mi hijo como se describe arriba. Yo autorizo a BPS a liberar la información como se describe arriba.</p>		
<p>Servicios Dental <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Yo autorizo a mi hijo a recibir servicios dentales a través de OWCHC, y/o Creighton. Yo autorizo a BPS a liberar la información como se describe arriba.</p>		
<p>Servicios de Visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Yo autorizo a mi hijo a recibir servicios de visión a través de Children's y/u otros proveedores de servicios contratados como se menciona arriba. Yo autorizo a BPS a liberar la información como se describe arriba.</p>		
<p>_____ Firma del padre/tutor</p>	<p>_____ Relación con los hijos</p>	<p>_____ Fecha</p>

Para el Uso De La Oficina Solamente Verified Programs Sections Initials

Las escuelas públicas de Bellevue no discriminan basándose en sexo, edad, raza, color, origen nacional, religión o discapacidad en los programas educativos o actividades que dirigen, y brindan acceso igualitario a los Boy Scouts y otros grupos juveniles designados. Las quejas específicas de presunta discriminación bajo el título IX, título VI, y sección 504 (discapacidad) para el personal deben ser referidos al director ejecutivo de personal y para estudiantes deben ser referidos al director de servicios del estudiante. Contacte a cualquiera de los dos en 2600 Arboretum Drive, Bellevue, NE 68005, (402)293-4000.

ONE WORLD COMMUNITY HEALTH CENTERS
Centros de Salud En Las Escuelas
Forma de consentimiento para conceder información

Nombre

Del niño _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre del representante: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Como el representante de el niño que está inscrito en el centro de salud en las escuelas regido por OneWorld Community Health Centers ("OneWorld"), Yo autorizo a cualquier doctor, Enfermera Practicante, Asistente de Doctor, Asistente Médico o cualquier otro empleado de asistencia médica de OneWorld a proporcionar los documentos y discutir detalles del cuidado y tratamiento de mi hijo/a en el centro de salud en la escuela con los empleados certificados (Enfermeras de la escuela, consejeros, maestros, terapistas, administradores) en las escuelas públicas de Bellevue (BPS). Yo autorizo a los empleados del centro de salud en la escuela que proporcionen los documentos que se refieren al cuidado y salud de mi hijo/a a su doctor (PCP) _____ . Esta autorización estará abierta hasta que yo la cancele o mi hijo/a no esté inscrito en las escuelas públicas de Bellevue (BPS). El propósito de esta autorización de OneWorld es proveer a los empleados certificados de BPS y a mi doctor con la información acerca de la salud de mi hijo/a , medicinas, tratamientos, y visitas a la clínica lo que es importante para la seguridad de mi hijo/a y para promover la salud y el desarrollo educativo de el/ella.

Yo comprendo y tengo conocimiento de:

1. OneWorld no tendrá condiciones para el tratamiento de mi hijo/a, inscripción, o si es un candidato apto o no para recibir los beneficios de el centro de salud en la escuela o independientemente si he firmado esta autorización o no.
2. La información médica puede ser proporcionada más de una vez, porque esta autorización ha sido firmada y no está protegida por las leyes federales o del estado.
3. Esta autorización se mantiene vigente mientras mi hijo/a este inscrito en las escuelas públicas de Bellevue. Esta autorización se vence cuando mi hijo/a ya no esté inscrito en las escuelas públicas de Bellevue.
4. Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si lo hago por escrito dirigido al personal médico o al asistente médico que esté trabajando en el centro de salud donde mi hijo/a recibe los servicios.
5. Yo entiendo que la cancelación no es efectiva si la información se ha dado previamente.
6. Yo he recibido una copia de este documento.

Una copia o reproducción exacta de esta autorización firmada tiene la misma vigencia y efecto como si fuera una original.

Firma del paciente o firma del representante

Fecha

Relación con el paciente si está firmado por un representante