

## HEALTHY STUDENT PROGRAM APPLICATION FORM

Dear Parent:

Your child is eligible for enrollment in the **Healthy Student Program**, available only at selected schools in the School District where there is a **full time Registered Nurse**. The services of this program may be interrupted at your child's school, if the school is unable to staff the clinic with a registered nurse. **Enrollment in this program does not replace the services of your primary health care provider, nor does it replace the need for health insurance for your child.**

The main purpose of the **Healthy Student Program** is to improve school attendance and promote optimal health and wellness. **Healthy Student Program** services are offered at no direct cost to you and all students are eligible for the program. A student may be withdrawn from the **Healthy Student Program** at any time by the parent or the school health services staff with written notice.

**Services** available to students enrolled in the **Healthy Student Program** are:

- **Assessment of acute illness or injury and the administration of limited over the counter medications, following physician guidelines and protocols** (i.e. Tylenol, Ibuprofen, antifungal and antibiotics ointments).
- **Assessments and follow up of infectious and communicable diseases** (i.e. pink eye, ringworm and head lice).
- **Provide education on a variety of adolescent health concerns.**
- **A health professional will communicate with you about your child's particular health findings that require an evaluation, follow up and or referral.**
- **To reduce barriers to learning, a MD or APRN may be available for selected consultation, mainly including physicals and mental health issues.**
- **Physical Examinations for School Entry or Sports by an APRN or MD** – includes adolescent health topics and a complete comprehensive head to toe examination. Inguinal hernia checks, breast and testicular exams are a part of the physical examination. Based upon reported risk factors, breast or testicular exams may be performed. The exam for sports include mandated inguinal hernia exam. GYN exams are **not** performed in school clinics.
- **Lab screenings** are done, as needed, **when available** including, but not limited to: hemoglobin, urinalysis, rapid Strep A test, pregnancy testing.

Please inform the school nurse of any newly diagnosed health conditions for your child or changes in health status during the school year. **The primary goal of school health services is to support the physical and mental well being of your child.**

The Healthy Student program is in place at some high schools. In an effort to sustain and fund the program, we encourage you to complete and sign permission to bill third party payers, including Medicaid, on the attached form.

**TO ENROLL YOUR CHILD IN THE HEALTHY STUDENT PROGRAM YOU MUST COMPLETE THE MEDICAL HISTORY FORM AND SIGN THE PARENT PERMISSION. Return to the school nurse or your student's teacher. Thank you.**

*All medical information remains confidential between you and the health provider. Records are stored and maintained within the Health Office and are shared with no one.*

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA ESTUDIANTES SALUDABLES

Estimados padres:

Su hijo(a) es elegible para inscribirse en el **Programa Estudiantes Saludables**, que está disponible solo en escuelas seleccionadas en el distrito, donde se ofrecen los servicios de una **enfermera registrada a tiempo completo**. Los servicios de este programa podrían ser interrumpidos, si la escuela no puede contratar los servicios de una enfermera registrada para la clínica. **La inscripción en este programa no sustituye los servicios de su proveedor primario de cuidado de salud, ni reemplaza la necesidad de un seguro de salud para su hijo.**

El propósito principal del **Programa Estudiantes Saludables**, es el de mejorar la asistencia escolar y promover una salud y bienestar óptimos. Los servicios del **Programa Estudiantes Saludables** se ofrecen sin costo alguno para usted, y todos los estudiantes son elegibles para el programa. Cualquier estudiante puede ser retirado del **Programa Estudiantes Saludables** en cualquier momento, por los padres o por el personal de los servicios escolares de salud, mediante un aviso por escrito.

Los **servicios** disponibles para los estudiantes inscritos en el **Programa Estudiantes Saludables**, son:

- **La evaluación de una enfermedad aguda o de una lesión y la administración de algunos medicamentos limitados de venta sin prescripción, siguiendo las directrices y protocolos del médico** (p.ej. *Tylenol*, *Ibuprofen*, y ungüentos antibióticos o contra los hongos).
- **Evaluación y seguimiento de enfermedades infecciosas y contagiosas** (p.ej. conjuntivitis, tiña y piojos).
- **Educación sobre una variedad de temas de salud que preocupan a los adolescentes.**
- **Un profesional de la salud se comunicará con usted acerca de los problemas específicos de salud que se encontraron en su niño, y que requieran una evaluación, seguimiento o remisión.**
- **Disponibilidad de un médico (MD) o de una enfermera especializada (ARNP) para consultas seleccionadas que incluyan principalmente examen físico y asuntos relacionados con salud mental, con el fin de disminuir las barreras del aprendizaje**
- **Examen físico para ingresar a la escuela o participar en deportes, realizado por una enfermera especializada (ARNP) o un médico (MD)** – incluye temas sobre la salud de los adolescentes y un examen general completo, de pies a cabeza. Los chequeos de hernia inguinal, y los exámenes de los senos o de los testículos son parte del examen físico. De acuerdo con los factores de riesgo reportados, se podrán realizar exámenes de los senos o de los testículos. El examen para deportes incluye el chequeo obligatorio para la hernia inguinal. Los exámenes ginecológicos **no** se realizan en las clínicas de las escuelas.
- Los **exámenes de laboratorio** se llevan a cabo según sea necesario y **cuando estén disponibles**, pero sin limitarse a: exámenes de hemoglobina, análisis de orina, prueba rápida para la faringitis estreptocócica y pruebas de embarazo.

Por favor, informe a la enfermera escolar sobre cualquier problema de salud diagnosticado recientemente a su niño, o cambios en su estado de salud durante el año escolar. **El objetivo principal de los servicios escolares de salud es apoyar el bienestar físico y mental de su niño.**

El Programa Estudiantes Saludables, se ha puesto en marcha en algunas escuelas secundarias. En un esfuerzo por mantener y financiar el programa, le animamos a que complete y firme el permiso en la hoja adjunta, para poder pasarle factura a terceros, incluyendo al *Medicaid*.

**PARA INSCRIBIR A SU NIÑO EN EL PROGRAMA ESTUDIANTES SALUDABLES, USTED DEBE LLENAR EL FORMULARIO DEL HISTORIAL MÉDICO Y FIRMAR EL PERMISO DE LOS PADRES. Devuélvaselo a la enfermera escolar o al maestro de su niño. Gracias.**

*Toda información médica se mantiene confidencial entre usted y el proveedor del cuidado de la salud. Los expedientes se archivan y mantienen dentro de la Oficina de Salud, y no se comparten con nadie.*



Student Name \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
 (Last, First, MI)  
 Home Address \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

**APPLICATION FOR HEALTHY STUDENT PROGRAM MEMBERSHIP**

PEOPLE TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY:

Parent Name	Work Number	Home Phone #	Cell Phone #
Emergency Contact from Emergency Card		Home Phone #	Cell Phone #

**STUDENT MEDICAL HISTORY**

Name of Family Physician \_\_\_\_\_ Physician Phone \_\_\_\_\_  
 Name of Family Dentist \_\_\_\_\_ Dentist Phone \_\_\_\_\_  
 Date of Student's Last Physical Exam \_\_\_\_\_ Dental Exam \_\_\_\_\_  
 List any ALLERGIES to Medications or Food \_\_\_\_\_  
 List any MEDICATIONS that this student is presently taking \_\_\_\_\_  
 List any SURGERIES that this student has had \_\_\_\_\_  
**CURRENTLY, DOES THIS STUDENT HAVE ANY MEDICAL OR HEALTH PROBLEMS THAT WE SHOULD BE AWARE OF?** \_\_\_\_\_

Family Medical History: (Check all that apply and indicate which family members had or have the condition)

High Blood Pressure \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_  
 Epilepsy \_\_\_\_\_ Sickle Cell \_\_\_\_\_ Cancer \_\_\_\_\_  
 Heart Problems \_\_\_\_\_ Asthma \_\_\_\_\_ Arthritis \_\_\_\_\_  
 Weight (overweight or underweight) \_\_\_\_\_

**STUDENT INSURANCE INFORMATION**

Is this student covered by HEALTH INSURANCE YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Insurance ID Number \_\_\_\_\_  
 Is the student covered by MEDICAID? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 (Better Health Plan; Medipass; etc.)  
 Medicaid Number \_\_\_\_\_  
 Amerigroup Number: \_\_\_\_\_

**ENROLLMENT STATEMENT**

We agree to enroll \_\_\_\_\_ in the Healthy Student Program. We understand that the program offers a limited range of services on an as-needed basis as outlined on the Healthy Student Program Application Form. We further understand that these services DO NOT REPLACE the services of our family doctor. In case of accident or serious illness, the school policies outlined on the School's Emergency Information Card will be observed. We give permission to the District to seek third party reimbursement. We further understand that student information is confidential except in those instances when professionals are required by law to report Child Abuse, Death Threats, Suicide Risk, public health concerns, or for billing purposes.

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Grado \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 (Apellido, Nombre, Inicial segundo nombre)

Dirección residencial \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

**SOLICITUD PARA AFILIACIÓN AL PROGRAMA ESTUDIANTES SALUDABLES**

PERSONAS A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del padre/la madre	Teléfono del trabajo	Teléfono de la casa :	Teléfono celular
Contactos de emergencia en la Tarjeta de Emergencias		Teléfono del trabajo:	Teléfono celular

**HISTORIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE**

Nombre del médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del dentista de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha del último examen físico \_\_\_\_\_ Examen dental \_\_\_\_\_

Provea una lista de cualquier ALERGIA a medicamentos o alimentos \_\_\_\_\_

Provea una lista de los MEDICAMENTOS que el estudiante está tomando actualmente \_\_\_\_\_

Indique cualquier OPERACIÓN que el estudiante haya tenido \_\_\_\_\_

EN LA ACTUALIDAD, ¿TIENE EL ESTUDIANTE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO O DE SALUD QUE DEBAMOS CONOCER?

Historia médica familiar (marque todo lo que corresponda e indique cuál miembro de la familia ha tenido o tiene esa enfermedad)

Presión arterial alta \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_ Anemia Falciforme \_\_\_\_\_ Cáncer \_\_\_\_\_

(Sickle Cell)

Problemas cardiacos \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Artritis \_\_\_\_\_

Peso (sobrepeso o bajo peso) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

¿Está este estudiante cubierto por un SEGURO DE SALUD? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Número del Seguro \_\_\_\_\_

¿Está este estudiante cubierto por *MEDICAID*?

(*Better Health Plan; Medipass; etc.*) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Número del *Medicaid* \_\_\_\_\_

Número de *Amerigroup* \_\_\_\_\_

**DECLARACION DE INGRESO**

Estamos de acuerdo en inscribir a \_\_\_\_\_ en el Programa Estudiantes Saludables. Entendemos que el programa ofrece una gama limitada de servicios según sean necesario, según se indica en el Formulario de Solicitud del Programa Estudiantes Saludables. Además, entendemos que estos servicios NO REEMPLAZAN los servicios de nuestro médico de familia. En caso de accidente o enfermedad grave, se observarán las políticas de la escuela indicadas en la Tarjeta de Información de Emergencia de la Escuela. Damos permiso al Distrito para solicitar el reembolso de terceros. Además, tenemos entendido que la información del estudiante es confidencial con excepción de aquellos casos en los que los profesionales están obligados por ley a informar sobre abuso infantil, amenazas de muerte, riesgo de suicidio, preocupaciones de salud pública o para propósitos de facturación.

Firma del Padre/la Madre/Representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

