

LANCERS



Lincoln Middle School, an IB World School



Lancers Newsletter

Address:
1600 Lancer Dr.
Fort Collins, CO 80521

Phone Number:
(970) 488-5700

Attendance:
(970) 488-5800

Principal
Ryan Thomson

Assistant Principal
Jake McCollum

[Click here for
School Website](#)



Principal's Message

Welcome back to the 22-23 school year! Whether you are new to Lincoln or not, we are looking forward to this new beginning. As we are wrapping up the first week of school it has truly been a breath of fresh air to have students back in the building. We are very excited for the rest of the year.

There are some important dates coming up where we will be visiting communities and celebrating with families. Please come to the areas described at your sites to join us in the celebration. Then, we will have a larger celebration where everyone is invited back to Lincoln on September 28, to take part in our community night. The flyer is attached.

First day of School for 6th Grade: August 15th

All students attend: August 16th

School Day: 7:50-2:45

Fees: Fees can be paid on-line by visiting <https://schoolpay.com/>. You will need to have the student ID number available. The fees are as listed below:

- Art-20.00
- Band-15.00
- Choir-15.00
- Robotics-20.00
- Technology-20.00
- Outdoor Living-10.00
- Student Planner-10.00
- 6th Grade Camp Timberline-80.00 (we cannot waive this fee)
- National Jr. Honor Society-30.00
- Odyssey of the Mind-40.00
- Boys Soccer-75.00 (club)

Athletic Fees: You can pay for CURRENT sports by using <https://schoolpay.com/>. Information for school athletics can be found on our website: <https://lin.psdschools.org/> Under athletics. 7th and 8th graders can participate in tennis, football, volleyball, cross country, and soccer (club). 6th graders can participate in cross country. Fall soccer is a boy's program. Girls' soccer will run in the spring.

Principal's Message, continued...

Free/Reduced Lunch: use this link to apply: <https://www.psdschools.org/programs-services/school-meals/free-and-reduced-meals> by clicking "apply today". If you qualify for FRL, you can also receive a waiver for school athletics and school fees. Once approved, you can go into ParentVue under "forms" and then "permission to share". Fill out this form and submit. After 24 hours, you can go back into schoolpay.com and it will zero out your fees if you qualify. If you do not have never created a username or password for ParentVue, please call Naylet Munoz Juarez at 488-5708 for assistance. If you have created an account before, it will be the same login information and password. If you forgot your password, please use the "forgot password" link.

School Pictures: School pictures are scheduled for August 18th. Visit <https://lifetouch.com/> and use the following information to order now and pay on-line. Picture Day ID is **EVT7J74KB**

Emergency Student Information: This information needs updated yearly on ParentVue. If you do not have a username or password for ParentVue, please call Naylet Munoz Juarez at 488-5708 for assistance.

Back to School Night: 8/24/2022 from 6:00-8:00 p.m. is our B2SN. It will be an opportunity to meet your child's teachers, walk through their schedule, hear information about IB, clubs, athletics, and you can tour the school. We hope the entire school community will make it out to campus for this event!

School Supply Lists: You will find these attached to this email.

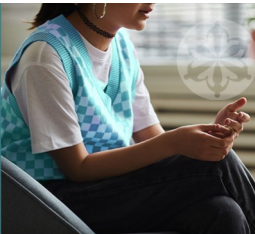
School Based Health Center: Please see the attached forms to sign up for our school-based health center. Poudre School District students may enroll in and have access to comprehensive medical and mental health services at Lincoln Middle School. Everyday Child Pediatrics, a nonprofit healthcare provider, offers students services ranging from health needs assessments, well-child exams and sports physicals, to care for chronic and acute medical and mental health issues. You may call 970-488-4950 if you have questions about this service.

Immunizations: Colorado law requires students who attend a public, private, or parochial kindergarten - 12th grade school to be vaccinated against many diseases vaccines can prevent, unless a certificate of exemption is filed. Your student must be vaccinated against:

- Diphtheria, tetanus and pertussis (DTaP, DTP, Tdap)
- Hepatitis B (HepB)
- Measles, mumps and rubella (MMR)
- Polio (IPV)
- Varicella (chickenpox)

Continued...

**MENTAL
WELLNESS
MATTERS**



Our Crisis Center can help.
Call (970) 494-4200 option 4
1-844-493-TALK (8255)
Text TALK to 38255

SUMMITSTONE
HEALTH PARTNERS 

CLICK IT



Click on the
Ads in this
Newsletter

...to learn more about
these great companies!

Sponsorship space in this newsletter is
extremely affordable!

Reach parents in your local community
& a significant portion
of your investment goes back
to the school!

Want to sponsor this school?

Please contact
Joe Mivshek at
SchoolNewsletterCompany@gmail.com
or
(970) 420-7163.

Principal's Message, continued...

READ Plans: If your child is on a READ Plan, please make sure you visit that table during the grade level information day. We need a guardian signature, and we need to give you some resources. If you have questions, please contact Ms. Hanford-Smith @ ehanford@psdschools.org

Computers and Lockers: Computers and lockers will be given out on 8/16. Students do not need to provide their own lock. We will spend ample time with both 6th & 7th grade students practicing opening the lockers on the first day of school.

Laundry Room: We have a laundry room at Lincoln that is up and running! To use this facility text 566-0612.

School Supplies: These will be available at Lincoln **after** 8/8/2021

Back 2 School Night – B2SN

August 24 @Lincoln, 6:00-8:00pm

Community Events:(flyer attached)

We will be barbecuing hot dogs, chips, and water.

We will be visiting the following communities:

August 31 @ Poudre Valley, 5:00-6:00pm

September 7 @ Hickory Village, 5:00-6:00pm

September 14 @ Bull Run, 5:00-6:00pm

Community Event @ Lincoln Middle School:

September 28 @ Lincoln, 6:00-8:00pm

All Fall Sports preseason camps start on Tuesday, August 16, after school. You'll need your physicals by Monday, August 22, 2022.

I look forward to a great 2022-23 school year!!

Let's Go Lancers!!!!!!

Ryan



**Well Care Visits are
Time Well Spent**

Schedule Your Child's Next
Well Care Visit Today

 **The Youth Clinic**
caring for our future generations

 **Pediatric
Urgent Care**
OF NORTHERN COLORADO

Para: La Comunidad de Lincoln

De: Ryan Thomson, director rthomson@psdschools.org

¡Bienvenidos de nuevo al año escolar 22-23! Ya sea que sea nuevo en Lincoln o no, esperamos este nuevo comienzo. A medida que estamos terminando la primera semana de clases, ha sido realmente un soplo de aire fresco tener a los estudiantes de vuelta en el edificio. Estamos muy emocionados por el resto del año.

Se acercan algunas fechas importantes en las que estaremos visitando comunidades y celebrando con las familias. Venga a las áreas descritas en sus sitios para unirse a nosotros en la celebración. Luego, tendremos una celebración más grande en la que todos estarán invitados a Lincoln el 28 de septiembre para participar en nuestra noche comunitaria. Se adjunta volante.

Primer día de clases para 6to grado: 15 de agosto

Todos los alumnos asisten: 16 de agosto

Día escolar: 7:50-2:45

Costos: Las tarifas se pueden pagar en línea visitando <https://schoolpay.com/>. Deberá tener disponible el número de identificación del estudiante. Las tarifas son las que se detallan a continuación:

- Arte-20.00
- Banda-15.00
- Coro-15.00
- Robotica-20.00
- Tecnología-20.00
- Vida al Aire Libre-10.00
- Cuaderno de Planes-10.00
- Campamento de Timberline para 6° grado-80.00 (no podemos perdonar este cobro)
- Sociedad Nacional de Honores Jr.-30.00
- Odisea de la Mente-40.00
- Futbol soccer varonil-75.00 (club)

Costos Atlético: Pueden pagar los deportes ACTUALES usando <https://schoolpay.com/>

La información para el atletismo escolar se puede encontrar en nuestro sitio de internet: <https://lin.psdschools.org/>
Bajo atletismo. Los estudiantes de 7.º y 8.º grado pueden participar en tenis, fútbol, voleibol, campo traviesa y fútbol (club). Los estudiantes de sexto grado pueden participar en campo traviesa. El fútbol de otoño es un programa para niños. El fútbol femenino se llevará a cabo en la primavera.

Almuerzo Gratis/Reducido: use este enlace para solicitarlo: <https://www.psdschools.org/programs-services/school-meals/free-and-reduced-meals> haciendo clic en "aplicar hoy". Si califica para FRL, también puede recibir una exención para el atletismo escolar y las cuotas escolares. Una vez aprobado, puede ingresar a ParentVue en "formularios" y luego "permiso para compartir". Rellena este formulario y envíalo. Después de 24 horas, puede volver a schoolpay.com y reducirá sus tarifas a cero si califica. Si nunca ha creado un nombre de usuario o contraseña para ParentVue, llame a Naylet Muñoz Juárez al 488-5708 para obtener ayuda. Si ha creado una cuenta antes, será la misma información de inicio de sesión y contraseña. Si olvidó su contraseña, utilice el enlace "Olvidé mi contraseña".

Continuado...



The Women's Clinic
of Northern Colorado

Schedule Your Appointment Today!



CLICK IT

Click on the
Ads in this
Newsletter

...to learn more about
these great companies!

Para: La Comunidad de Lincoln, continuado...

Fotografías Escolares: Fotos escolares están programadas para el 18 de agosto. Visita <https://lifetouch.com/> y use la siguiente información para ordenar ahora y pagar en línea. El ID del día de la foto es **EVT7J74KB**

Información del estudiante en caso de emergencia: Esta información debe actualizarse anualmente en ParentVue. Si no tiene un nombre de usuario o contraseña para ParentVue, llame a Naylet Muñoz Juárez al 488-5708 para obtener ayuda.

Noche de Regreso a la Escuela: 24/8/2022 de 18:00 a 20:00 es nuestro B2SN. Será una oportunidad para conocer a los maestros de su hijo, revisar su horario, escuchar información sobre IB, clubes, atletismo y podrá recorrer la escuela. ¡Esperamos que toda la comunidad escolar llegue al campus para este evento!

Listas de útiles escolares: Los encontrará adjuntos a este correo electrónico.

Centro de salud en la escuela: Consulte los formularios adjuntos para inscribirse en nuestro centro de salud escolar. Los estudiantes del Distrito Escolar de Poudre pueden inscribirse y tener acceso a servicios integrales médicos y de salud mental en la Escuela Intermedia Lincoln. "Everyday Child Pediatrics", un proveedor de atención médica sin fines de lucro, ofrece a los estudiantes servicios que van desde evaluaciones de necesidades de salud, exámenes de niño sano y exámenes físicos para deportes, hasta atención de problemas médicos y de salud mental crónicos y agudos. Puede llamar al 970-488-4950 si tiene preguntas sobre este servicio.

Vacunas: La ley de Colorado requiere que los estudiantes que asisten a un jardín de infantes público, privado o parroquial a una escuela de grado 12 estén vacunados contra muchas enfermedades que las vacunas pueden prevenir, a menos que se presente un certificado de exención. Su estudiante debe estar vacunado contra:

- Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP, DTP, Tdap)
- Hepatitis B (HepB)
- Sarampión, paperas y rubéola (MMR)
- Poliomielitis (IPV)
- Varicela (varicela)

Planes de LECTURA: Si su hijo está en un plan READ, asegúrese de visitar esa mesa durante el día de información del nivel de grado. Necesitamos la firma de un tutor y necesitamos darle algunos recursos. Si tiene preguntas, comuníquese con la Sra. Hanford-Smith @ ehanford@psdschools.org

Computadoras y Casilleros: Las computadoras y los casilleros se entregarán el 16/8. Los estudiantes no necesitan proporcionar su propio candado. Pasaremos mucho tiempo con los estudiantes de 6.º y 7.º grado practicando cómo abrir los casilleros el primer día de clases.

Cuarto de lavado: ¡Tenemos una lavandería en Lincoln que está funcionando! Para utilizar este servicio, envíe un mensaje de texto al 566-0612.

Útiles Escolares: Estos estarán disponibles en Lincoln **después** del 8/8/2021

Noche de Regreso a la Escuela – B2SN
24 de agosto en Lincoln, 6:00-8:00pm

Eventos de la Comunidad: (anuncio adjunto)
Estaremos asando hotdogs, papas fritas y agua.

Estaremos visitando las siguientes comunidades:
31 de agosto en Poudre Valley, 5:00-6:00pm
7 de septiembre en Hickory Village, 5:00-6:00pm
14 de septiembre en Bull Run, 5:00-6:00pm

Evento para la Comunidad en la Escuela Secundaria Lincoln:
28 septiembre en Lincoln, 6:00-8:00pm

Todos los Deportes del Otoño y sus campamentos de pretemporada empezaron el martes 16 de agosto después de la escuela. Necesitarán los exámenes físicos para el lunes 22 de agosto, 2022.

Estoy emocionado por un gran año 2022-23!!

Vamos Lancers!!!!!!

Ryan

Lincoln Middle School Supply List

All Students:

1 3-inch 3 ring binder	7 Composition books (college-ruled, 100 page)
Pencil pouch with 3 holes to go in binder 1 package binder dividers	8 glue sticks Scissors
24 pencils (pre-sharpened preferred)	2 pads 3x3 Post-Its Tissues (at least 2 boxes) Colored Pencils (optional)
3-6 highlighters (a variety of colors preferred but not required)	Hand-held pencil sharpener (optional)

7th Grade Math:

2 Black dry erase markers

6th Grade Art:

1 -3 prong folder (to be kept in class)

12+ #2 pre-sharpened pencils (to be given to teacher) Handheld pencil sharpener

7th Grade Art:

3-prong folder (to be kept in class)

12+ #2 pre-sharpened pencils (to be given to teacher) Handheld pencil sharpener

8th Grade Art:

3-prong folder (to be kept in class) 12+ - #2 pre-sharpened pencils Handheld pencil sharpener

Drama:

1 spiral notebook



We are here for your child's health!

Schedule your school or sport physical today!

We have the COVID vaccine for your entire family.



Salud
Family Health Centers

(303) 697-2583
(303) MYSALUD

1635 BLUE SPRUCE DR | FORT COLLINS, CO

OUR CARE IS DINO-MITE!

MEDICAL = PEDIATRICS = DENTAL = BEHAVIORAL saludclinic.org

o
l
l
e
m
i
d
d
l
e
S
C
H
O
O
L



Lista de Útiles Escolares de la Escuela Secundaria Lincoln

Todos los Estudiantes:

1 carpeta de 3 anillos de 3 pulgadas

Bolsa para lápices con 3 agujeros para la carpeta de anillos 1 paquete de separadores de hojas para la carpeta de anillos 24 lápices (preferiblemente con puntas)

3-6 resaltadores de texto (se prefiere una variedad de colores, pero no es obligatorio)

7 libros de composición (rallado universitario, 100 páginas)

8 tubos de pegamento Tijeras

2 blocs Post-Its 3x3

Pañuelos "Klinex" (al menos 2 cajas) Lápices de colores (opcional) Sacapuntas de mano (opcional)

Matématicas de 7o Grado:

2 marcadores negros de borrado en seco-pizarrón blanco

Arte de 6o Grado:

1 carpeta con - 3 puntas metálicas en el interior (para mantenerla en clase)

12 o + lápices #2 con punta (para darle al maestro/a) Sacapuntas de mano

Arte de 7o Grado:

1 carpeta con - 3 puntas metálicas en el interior (para mantenerla en clase)

12 o + lápices #2 con punta (para darle al maestro/a) Sacapuntas de mano

Arte de 8o Grado:

1 carpeta con - 3 puntas metálicas en el interior (para mantenerla en clase) 12 o + lápices #2 con punta (para darle al maestro/a) Sacapuntas de mano

Drama:

1 cuaderno de espirales



Supporting our Schools



Joe Mivshek

Joe.Mivshek@KW.com

kW NORTHERN
COLORADO
KELLERWILLIAMS.

970.420.7163



CLICK IT

Click on the
Ads in this
Newsletter



...to learn more about
these great companies!

LINCOLN COMMUNITY NIGHT **BBQ**

Come celebrate the start of the school year with your Lincoln family. We will be serving hotdogs and drinks.

Join us at the following locations from 5:00 - 6:00

POUDRE VALLEY

Wednesday, 8/31
2025 N. College
Main Park

HICKORY VILLAGE

Wednesday, 9/7
400 Hickory St
Main Park

BULL RUN

Wednesday, 9/14
820 Merganser Dr
Open Space off Timberline



NOCHE COMUNITARIA EN LINCOLN **BBQ**

Acompañenos a celebrar el comienzo del año escolar con su familia de Lincoln. Estaremos sirviendo hotdogs y agua.

Acompañenos en los siguientes lugares de 5:00 - 6:00

POUDRE VALLEY

Miércoles, 8/31
2025 N. College
En el Parque

HICKORY VILLAGE

Miércoles, 9/7
400 Hickory St
En el Parque

BULL RUN

Miércoles, 9/14
820 Merganser Dr
En el Terreno por la Timberline



Reach Parents in Larimer County through our mobile-ready newsletters

Market your business in both Poudre and Thompson school districts.

You gain visibility and targeted, increased awareness; schools gain funds from advertising revenue.

Advertise with The School Newsletter Company
Joe Mivshek 970-420-7163 | SchoolNewsletterCompany@gmail.com



Health & Wellness



*Please Keep This Page
for Your Information*

Dear Parent/Guardian:

Welcome to the Health and Wellness Centers at Centennial High & Lincoln Middle Schools. Attached you will find a packet of forms to enroll and consent for your student's care. Medical and/or mental health services are available in-person AND through virtual care. **To enroll, please complete the the medical, mental health, and virtual care enrollment and consent forms.** All Poudre School District students who enroll in the Center may use the services, but parental consent is required for most services. Please note, Colorado law allows minors to self consent for some services including, but not limited to reproductive health care at any age and mental health services as of 12+ years of age.

- **Appointments can be made by calling 970.488.4900**
- Any PSD student may enroll and receive care
- We never turn a student away for inability to pay or for not having insurance
- **Our goal is to Create Healthy Learners Better Prepared for Academic and Life Success!**

Like other medical and mental health providers, the Health and Wellness Center can and does bill most insurance, (including Medicaid and CHP+).

If you have health insurance:

- No copay is collected, due to a special accommodation allowed by the state of Colorado only for School Based Health Centers.
- Please be sure to provide your insurance information or complete the "income attestation for sliding scale services" so that you do not receive a bill for the full amount.
- If you receive billing statements, they will be from Every Child Pediatrics in Thornton, CO.

If you are NOT currently insured:

- The Center offers a sliding fee scale. Please complete the section entitled "income attestation for sliding scale services" on the back of the Registration Form. We will contact you regarding the scale.
- We are also a certified Medicaid enrollment assistance site and can assist in enrollment for this program with students/families that do not have health insurance.

Checklist:

- ☐ A parent or guardian must sign all of the forms if the student is under 18 years of age; students 18 and older sign their own forms.
- ☐ Forms can be: **mailed to** The Health and Wellness Center at Centennial, 330 E. Laurel Street, Fort Collins, CO 80524 **OR emailed to** hwcenter@everychildpediatrics.org **OR dropped off** at Centennial's Health office (room 205) **OR dropped off** at the Lincoln Health Office (room 514).
- ☐ If you have insurance (including Medicaid/CHP+), please copy the front and back of your card and return the copies with the packet.
- ☐ Please stop by the Center, call 970-488-4900 or email hwcenter@everychildpediatrics.org with questions.

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
This School-Based Health Center is a collaborative effort between Every Child Pediatrics and Poudre School District



*Por favor, mantenga
esta página para su
información*

Estimado Padre/Tutor Legal:

Bienvenido al Centro de salud y bienestar en la Escuelas Preparatoria Centennial & Lincoln. Adjunto encontrará un paquete de formularios para inscribir a su estudiante en el Centro. Los estudiantes pueden recibir servicios médicos y/o de salud mental en persona en el Centro y a través del nuevo Programa de Atención Virtual de Telesalud del Centro, los estudiantes ahora pueden recibir servicios médicos y/o de salud mental en las instalaciones de la Escuela Intermedia Lincoln!

Complete el paquete adjunto de materiales de consentimiento y de inscripción en medicina, salud mental, y telesalud. Todos los estudiantes que se inscriban en el Centro pueden usar los servicios médicos y de salud mental, pero debemos tener los materiales firmados de inscripción y consentimiento.

- **Las citas se pueden hacer llamando al 970.488.4900**
- Cualquier estudiante de PSD puede inscribirse y recibir atención
- ¡Nunca rechazamos a ningún estudiante por no poder pagar o por no tener seguro!
- **¡Nuestro objetivo es crear estudiantes sanos mejor preparados para el éxito académico y de vida!**

Al igual que otros proveedores médicos y de salud mental, el Centro de Salud y Bienestar puede facturar a la mayoría de los seguros (incluidos Medicaid y CHP +).

Si tiene seguro de salud:

- No se cobra ningún copago, debido a una adaptación especial permitida por el estado de Colorado solo para centros de salud basados en la escuela.
- Asegúrese de proporcionar la información de su seguro o completar la "declaración de ingresos por servicios de escala móvil" para que no reciba una factura por el monto total.
- Cuando reciba los estados de cuenta, estos serán de "Every Child Pediatrics" en Thornton, CO.

Si NO está actualmente asegurado:

- El Centro ofrece una escala móvil de tarifas. Complete la sección titulada "Certificado de ingresos por servicios de escala móvil" en la parte posterior del Formulario de registro. Nos pondremos en contacto con usted en relación con la escala.
- También somos un sitio certificado de asistencia de inscripción de Medicaid y podemos analizar la elegibilidad para este programa con estudiantes/familias que no tienen seguro de salud.

Lista de verificación:

- Un padre o tutor legal debe firmar todos los formularios si el estudiante es menor de 18 años de edad; Los estudiantes mayores de 18 años firman sus propios formularios.
- Los formularios se pueden **enviar por correo** al Centro de Salud y Bienestar en Centennial, 330 E. Laurel Street, Fort Collins, CO 80524 **O por correo electrónico a** hwcenter@everychildpediatrics.org **O dejarlos** en la oficina de salud de Centennial (sala 205) **O dejarlos** en la oficina de salud de Lincoln (sala 514)
- Si tiene seguro (incluido Medicaid / CHP +), copie la parte de enfrente y atrás de su tarjeta y envíe las copias junto con el paquete.

- Pase por el Centro o, llame al 970-488-4900 o email hwcenter@everychildpediatrics.org con preguntas 330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org

Este Centro de Salud, que funciona en una escuela, es una labor colaborativa entre "Every Child Pediatrics" y el Distrito Escolar Poudre.

Continued...

Health & Wellness, continued...


HEALTH AND WELLNESS CENTER at CENTENNIAL HIGH SCHOOL
REGISTRATION FORM 2022+
1. STUDENT INFORMATION

Date:	Last Name:	First Name:
Middle Name:	Date of Birth:	Sex: M ☐ F ☐ Other ☐
Grade:	School:	
Mailing Address:		
City:	State:	Zip Code:
Cell Phone:	Email:	
Please circle the category that most accurately represents the student's background: American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Multi/Other/Undetermined ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ White ☐ Do not wish to answer ☐		
Does the student consider him/herself Hispanic/Latino? ☐ Yes ☐ No		
If Bilingual, please list the languages spoken:		

2. FAMILY INFORMATION (Please Print)

Parent/Guardian, Last and First Name:		
Relationship:	Cell phone #:	Work phone #:
Email:		
Mailing Address:		
City:	State:	Zip Code:

Parent/Guardian, Last and First Name:		
Relationship:	Cell phone #:	Work phone #:
Email:		
Mailing Address:		
City:	State:	Zip Code:

3. Preferred Method to receive communication (Please Check all that apply) Phone ☐ Text ☐ Email ☐ US Mail ☐

CONTINUED – SEE NEXT PAGE

 Office Use Only
 Intl:
 Date:

HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2022+
1. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha:	Apellidos:	1er Nombre:
2.o nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo: M ☐ F ☐ Otro ☐
Grado:	Escuela:	
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono celular:	Correo electrónico:	
Por favor marque la categoría que representa con mayor exactitud el origen del estudiante: Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Múltiple/Otro/No específico ☐ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico ☐ Blanco ☐ No deseo responder ☐		
¿El estudiante se considera a sí mismo hispano/latino? ☐ Sí ☐ No		
Si es bilingüe, por favor enumere los lenguajes que habla:		

2. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (Usar letra de molde o imprenta.)

Apellidos y 1.er nombre del padre de familia/tutor legal:		
Parentesco:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Apellidos y 1.er nombre del padre de familia/tutor legal:		
Parentesco:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:
Correo electrónico:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

3. Manera preferida de recibir comunicados (Por favor marque una). Teléfono ☐ Texto ☐ Correo electrónico ☐ Correo de US ☐

CONTINUÁ – VER PÁGINA SIGUIENTE.

 Office Use Only
 Intl:
 Date:

 330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
 Este Centro de Salud, que funciona en una escuela, es una labor colaborativa entre "Every Child Pediatrics" y el Distrito Escolar Poudre.

Continued...

Health & Wellness, continued...



HEALTH AND WELLNESS CENTER at CENTENNIAL HIGH SCHOOL
REGISTRATION FORM 2022+

THE HEALTH & WELLNESS CENTER

4. EMERGENCY CONTACT (if we are unable to reach the parents/guardians listed above)

1. Name:	Relationship:	Cell:	Work:
2. Name:	Relationship:	Cell:	Work:

5. HEALTH INSURANCE INFORMATION: *Please bring insurance card or a copy of both sides to your appointment.*

Check all that apply

Medicaid -		
Primary Insured Name:	ID #:	Group #:
CHP+ -		
Primary Insured Name:	ID #:	Group #:
Private Insurance - Name of Company:		
Primary Insured Name:	ID #:	Group #:
No Insurance		
Number of people who live in your household: _____		
What is your family's gross total yearly income (before taxes): \$ _____ /year		
I confirm that my student does not have health insurance that will cover services s/he is receiving and to the best of my knowledge, the family financial information listed above is complete and correct.		
Signature of Parent/Guardian (or Student if 18+)		

If necessary, may we contact you regarding health insurance information? ☐ Yes ☐ No

How did you hear about the Center? (Please Check all that apply):

Poster ☐ Flyer ☐ PSD Website ☐ School Newsletter ☐
 School Website ☐ Word of Mouth ☐ Back to School Night ☐
 School Referral from: ☐ Teacher ☐ Coach ☐ Athletic Director ☐ Counselor ☐ Office Staff ☐
 Other: _____



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 2022+

THE HEALTH & WELLNESS CENTER

4. CONTACTO DE EMERGENCIA (Si no podemos contactar a los padres/tutores legales mencionados anteriormente.)

1. Nombre:	Parentesco:	Celular:	Trabajo:
2. Nombre:	Parentesco:	Celular:	Trabajo:

5. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD: *Por favor traiga a su cita la tarjeta del seguro, o una copia de los dos lados de la tarjeta.*

Marque todos los que correspondan

Medicaid -		
Nombre de la persona principal asegurada:	# de identificación:	# de grupo:
CHP+ -		
Nombre de la persona principal asegurada:	# de identificación:	# de grupo:
Seguro privado - Nombre de la compañía:		
Nombre de la persona principal asegurada:	# de identificación:	# de grupo:
No tiene seguro		
Número de personas que vive en su hogar: _____		
¿Cuál el ingreso anual total groso de su familia? (Antes de que se hagan deducciones para la recaudación de impuestos): \$ _____ /año		
Confirmando que mi estudiante no tiene seguro de salud que cubra el costo de los servicios que él o ella está recibiendo, y según mi leal saber y entender, la información financiera de la familia, que se menciona anteriormente, es completa y correcta.		
Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años de edad)		

Si es necesario, ¿le podríamos contactar con respecto a la información sobre el seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

¿Cómo se informó sobre el Center (Centro)? (Por favor marque todas las que correspondan):

Póster ☐ Sitio web del PSD ☐ Director(a) atlética(o) ☐
 Volante ☐ Alguien le comentó ☐ Consejero(a) ☐
 Sitio web de la escuela ☐ Maestro(a) ☐ Personal de la oficina ☐
 Boletín escolar ☐ Entrenador(a) ☐
 Noche informativa en la escuela ☐

Algún otro: _____

330 East Laurel St. - Fort Collins, Colorado, 80524 - 970.488.4900 - 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
 Este Centro de Salud, que funciona en una escuela, es una labor colaborativa entre "Every Child Pediatrics" y el Distrito Escolar Poudre.

Continued...

Health & Wellness, continued...



THE HEALTH AND WELLNESS CENTER AT CENTENNIAL HIGH SCHOOL STUDENT MEDICAL HISTORY 2022+ PLEASE PRINT

Student Last Name:	First Name:	Date of Birth (mm/dd/yy):
Primary Care Dr./Practice:	Phone:	Pharmacy:
Last complete/sports/ physical date:		

MEDICATIONS

Is the student currently taking medications: Yes ☐ No ☐ If Yes, please fill out this table

MEDICATION NAME/DOSAGE/WHEN TAKEN	REASON FOR MEDICATION

ALLERGIES

Does the student have any allergies: Yes ☐ No ☐ If Yes, please fill out this table:

Medication allergies: Yes ☐ No ☐ If Yes, please list any medication and allergic reaction:	
Medication	Reaction
Medication	Reaction
Other allergies: Yes ☐ No ☐ If Yes, please describe:	

PAST MEDICAL HISTORY

(check any conditions that the student currently has, or has had in the past, and please describe below)

Autism ☐	Eating disorders ☐	Migraine headaches ☐	Skin problems ☐
Anemia ☐	Fainting with exercise ☐	Missing an organ ☐	Stomach/intestinal problems ☐
Asthma ☐	Head injury/concussion ☐	Mono (within past month) ☐	Stroke ☐
Cancer/Type _____	Heart problems ☐	Obesity ☐	Surgeries/Type _____
Chest pain with exercise ☐	High blood pressure ☐	Pregnancy ☐	Thyroid problems ☐
Diabetes ☐	Kidney problems ☐	Seizures ☐	
Drug or alcohol addiction ☐	Liver problems ☐	Sickle cell disease/trait ☐	

Other concerns not listed: Yes ☐ No ☐ If Yes, explain _____
Explain any conditions circled above _____

CONTINUED – SEE NEXT PAGE



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR) en CENTENNIAL HIGH SCHOOL HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE USAR LETRA DE MOLDE O IMPRENTA 2022+

Apellidos del estudiante:	1.er nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
Oficina de atención médica primaria:	Teléfono:	Farmacia:
Fecha del último chequeo médico completo/deportivo/físico:		

MEDICACIONES

¿El estudiante toma medicamentos en la actualidad? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN /DOSIS/HORA DE TOMARLA	RAZÓN PARA TOMAR LA MEDICACIÓN

ALERGIAS

¿El estudiante tiene alguna alergia? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:

Alergias a medicamentos: Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, enumere la medicación y la reacción alérgica	
Medicación	Reacción alérgica
Medicación	Reacción alérgica
Otras alergias: Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique:	

HISTORIAL MÉDICO

(Marque cualquier problema de salud que el estudiante tenga en la actualidad, o haya tenido anteriormente; por favor especifique en la parte inferior).

Autismo ☐	Trastornos alimenticios ☐	Migrañas ☐	Problemas de la piel ☐
Anemia ☐	Desmayos al hacer ejercicio ☐	Le falta un órgano ☐	Problemas estomacales/ intestinales ☐
Asma ☐	Lesión/conmoción cerebral ☐	Mononucleosis (en el último mes) ☐	Derrame cerebral ☐
Cáncer/tipo _____	Enfermedad cardíaca ☐	Obesidad ☐	Cirugía/tipo _____
Dolor de pecho al hacer ejercicio ☐	Presión arterial alta ☐	Embarazo ☐	Problemas de tiroides ☐
Diabetes ☐	Enfermedad renal ☐	Convulsiones ☐	
Adicción a drogas o alcohol ☐	Enfermedad hepática ☐	Anemia drepanocítica (enfermedad/rasgos) ☐	

¿Tiene otros problemas no mencionados aquí?: Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique: _____

CONTINÚA – VER LA PÁGINA SIGUIENTE.

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org

Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

Continued...

Health & Wellness, continued...



THE HEALTH & WELLNESS CENTER

THE HEALTH AND WELLNESS CENTER AT CENTENNIAL HIGH SCHOOL STUDENT MEDICAL HISTORY 2022+ PLEASE PRINT

MENTAL HEALTH HISTORY

Student has a history of mental health diagnosis: Yes ☐ No ☐ If Yes, please fill out this table:

Diagnosis:	Name of counselor:	Psychiatrist:
Other important mental health history:		

PAST HOSPITALIZATIONS

Has the student ever had to stay in the hospital: Yes ☐ No ☐ If Yes, please explain:

FAMILY HEALTH HISTORY (check any conditions affecting immediate family members and describe below)

Anemia	☐ Depression/Anxiety	☐ Kidney disease	☐ Seizures	☐
Bipolar disorder	☐ Diabetes	☐ Liver disease	☐ Stroke	☐
Blood Clotting disorders	☐ Drug/Alcohol addiction	☐ Lung disease	☐ Sudden death	☐
Breast cancer	☐ Heart Disease	☐ Migraine headaches	☐ Suicide	☐
Cancer; Type _____	☐ Heart attack under 50	☐ Obesity	☐ Thyroid problems	☐
	☐ Schizophrenia	☐ Other: _____	☐	☐

Describe any checked responses:

I understand that if there are important changes to the medical history of the student or the medical history of the student's family that Health and Wellness Center will be notified directly by calling 970-488-4950 or notifying the provider in person. This is to ensure that the student is provided with the highest quality health care possible.

PRINTED Name of Parent/Guardian (or Student if 18+)

Signature of Parent/Guardian (or Student if 18+)

Date



THE HEALTH & WELLNESS CENTER

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

¿El estudiante tiene un historial de diagnóstico de salud mental? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor llene esta tabla:

Diagnóstico:	Nombre de el/la consejero(a):	Psiquiatra:
Algún otro historial de salud mental de importancia:		

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES

¿Alguna vez el estudiante ha tenido que permanecer en el hospital? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa, por favor explique:

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA (marque los problemas que están afectando a los miembros cercanos de la familia, y describir en parte inferior)

Anemia	☐ Depresión/Ansiedad	☐ Enfermedad hepática	☐ Convulsiones
Trastorno bipolar	☐ Diabetes	☐ Enfermedad pulmonar	☐ Derrame cerebral
Trastornos de coagulación	☐ Adicción a drogas o alcohol	☐ Migrañas	☐ Muerte súbita
Cáncer de mama o seno	☐ Enfermedad cardíaca	☐ Obesidad	☐ Suicidio
Cáncer; tipo _____	☐ Ataque al corazón, o infarto, antes de los 50 años	☐ Esquizofrenia	☐ Problemas de tiroides
	☐ Enfermedad renal		☐ Algún otro: _____

Describe las respuestas que hayas marcado:

Entiendo que, si hay algún cambio importante en el historial del estudiante, o de la familia del estudiante, le notificaré directamente al Health and Wellness Center llamando directamente al teléfono 970-488-4950, o comunicándome con el proveedor en persona. Esto tiene como fin asegurar que al estudiante se le provea la atención médica de la más alta calidad posible.

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años).

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años).

Fecha

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

Continued...

Health & Wellness, continued...



THE HEALTH AND WELLNESS CENTER AT CENTENNIAL HIGH SCHOOL AND EVERY
CHILD PEDIATRICS
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION 2022+

This office is permitted by federal privacy laws to make uses and disclosures of your protected health information for the purposes of treatment, payment and healthcare operations. Protected health information is the information we create and obtain in providing our services to you. Such information may include documenting your symptoms, examination, test results, diagnoses, treatment, and applying for future care or treatment. It also includes billing documents for those services.

TREATMENT: We will use and disclose your protected information to provide, coordinate or manage your healthcare and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, if during the course of your treatment, the licensed healthcare provider determines he/she will need to consult with a specialist, he/she will share the information with such specialist and obtain his/her input.

PAYMENT: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for health care services provided to you. If the health insurance company requests information from us regarding your care, we will provide that information to them.

HEALTHCARE OPERATIONS: We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support the business activities of your licensed healthcare provider practice. We obtain services from our insurers or other business associates, such as quality assessment, quality improvement, outcome evaluation, protocol and clinical guideline development, training programs, credentialing, medical review, legal services and insurance. We will share information about you with such business associates as necessary to obtain these services; school nurse, school health paraprofessional, licensed staff to assure children attend school in a healthy state.

We may use or disclose, as needed your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as Required By Law, Communicable Disease, Health Oversight Abuse or Neglect, Food and Drug Administration requirements, Legal Proceedings, Law Enforcement, Coroners, Funeral Directors and Organ Donation, Research, Criminal Activity, Military Activity and National Security, Workers' Compensation, Inmates, Required uses and Disclosures. Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance.

YOUR HEALTH INFORMATION RIGHTS

The health and billing records we maintain are the physical property of the office. The information in it, however, belongs to you. You have the following rights:

You have the right to inspect and copy your protected health information. Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records: psychotherapy notes, information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information.

You have the right to request a restriction of your protected health information. This means that you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected health information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your care or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction and to whom you want the restriction to apply. Your licensed healthcare provider is not required to agree to a restriction that you may request. If your licensed healthcare provider believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. You then have the right to use another healthcare professional.

CONTINUED – SEE NEXT PAGE.



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
EVERY CHILD PEDIATRICS
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2022+

Esta oficina está autorizada por las leyes federales de privacidad para usar y dar a conocer su información médica protegida, con fines de tratamiento, pago y funcionamiento de la atención médica. La información médica protegida es la información que creamos y obtenemos al brindarle nuestros servicios. Dicha información puede incluir los registros de sus síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y solicitar una atención o tratamiento en el futuro. También incluye facturas correspondientes a esos servicios.

TRATAMIENTO: Usaremos y daremos a conocer su información protegida, con el fin de proveer, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, si durante el curso de su tratamiento, el proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica determina que debe consultar a un especialista, dicho proveedor compartirá la información con el especialista en mención, y obtendrá la opinión del último.

PAGO: Su información médica protegida se usará, según sea necesario, para obtener el pago de los servicios de atención médica que se le brinden. Si la compañía de seguros de salud solicita información sobre la atención médica que le prestamos, dicha información se le dará a la compañía.

FUNCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA: Podemos usar o dar a conocer, según sea necesario, su información médica protegida, para apoyar el funcionamiento de la práctica de su proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica. Recibimos servicios de nuestros aseguradores, u otros asociados, tales como evaluación de calidad, mejora de calidad, evaluación de resultados, protocolo y desarrollo de guías clínicas, programas de capacitación, acreditación, revisión médica, servicios legales y seguros. Para obtener estos servicios, compartiremos su información con dichos asociados, según corresponda: enfermera escolar, personal escolar auxiliar que preste servicios de atención médica, y personal con licencia para asegurar que los niños asistan a la escuela en un estado saludable.

Podemos usar o dar a conocer su información médica protegida sin su autorización, según sea necesario, en las situaciones que se dan a continuación: De acuerdo con lo requerido por la ley, enfermedades transmisibles, negligencia de la salud, abuso o descuido, requisitos para administrar drogas y alimentos, procesos judiciales, encargados de hacer cumplir la ley, médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y Seguridad Nacional, indemnización por accidentes laborales, presos, usos requeridos y divulgaciones. De acuerdo con la ley, debemos darle a conocer a usted, y cuando lo requiera el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos.

SUS DERECHOS SOBRE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Aunque los expedientes médicos y de facturación que guardamos son propiedad física de la oficina, a usted le pertenece la información contenida en dichos expedientes. Usted tiene los derechos que se dan a continuación:

Tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información recopilada con anticipación razonable de, o uso en, una acción o proceso civil, penal o administrativo, ni la información médica protegida que esté sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información médica protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no utilicemos o demos a conocer ninguna parte de su información médica protegida con fines de algún tratamiento, pago o funcionamiento del servicio de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se dé a conocer a miembros de la familia, ni amigos, que puedan estar relacionados con su atención médica, o con fines de hacer una notificación, tal como se describe en este AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Su solicitud debe indicar la restricción específica, y a quién desea que se aplique la restricción. Su proveedor con licencia de prestar servicios de atención médica no está obligado a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si dicho proveedor cree que a usted le beneficiaría que se permitiera el uso y el dar a conocer su información médica protegida, la información en mención no estará restringida. En ese caso usted tiene el derecho de pedir los servicios de otro proveedor con licencia.

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por parte de nosotros, a través de medios alternativos o en un lugar diferente.

CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

Continued...

Health & Wellness, continued...



THE HEALTH AND WELLNESS CENTER AT CENTENNIAL HIGH SCHOOL AND EVERY CHILD PEDIATRICS
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION 2022+

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location.

You have the right to obtain a paper copy of this notice, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively, i.e. electronically.

You may have the right to have your licensed healthcare provider amend your protected health information. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us. We may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information.

We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

Complaints: You may complain to us or the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact of your complaint. **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected information. If you have any objections to this form, please ask to speak to our HIPAA Compliance Officer in person or by phone at our main number, below.

Signature below is only acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices.

Today's Date _____

Printed Name of Student _____

Student's Date of Birth (MM/DD/YY) _____

Printed Name of Parent/Guardian (or Student if 18+) Signature of Parent/Guardian (or Student if 18+) _____

Patient Notification of the Use of Health Information Exchange

Every Child Pediatrics (ECP) endorses, supports and participates in the electronic Health Information Exchange (HIE) as a means to improve the quality of patient's health and healthcare experience. HIE provides ECP with a way to securely and efficiently share your student's clinical information electronically with other healthcare providers that participate in the HIE network. Using HIE helps your student's health care providers to more effectively share information and provide your student with better care. The HIE also enables emergency personnel and other providers who are treating your student to have immediate access to their medical data that may be critical for their care. Making your student's health information available to their health care providers through the HIE can also reduce costs by eliminating unnecessary duplication of tests and procedures. However, you may choose to opt out of, on behalf of your student, participation in the Every Child Pediatrics HIE, or cancel an opt-out choice at any time.



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR)
en CENTENNIAL HIGH SCHOOL
EVERY CHILD PEDIATRICS
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA 2022+

Usted tiene el derecho de solicitar comunicaciones confidenciales por parte de nosotros, a través de medios alternativos o en un lugar diferente.

Tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso, si lo solicita, incluso si ha aceptado recibir este aviso de otra manera, por ejemplo, de forma electrónica.

Es posible que tenga el derecho de que su proveedor con licencia para prestar servicios de atención médica enmiende su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentarnos una declaración de desacuerdo. Podríamos preparar una refutación a su declaración, y le proveeríamos una copia de dicha refutación.

Tiene el derecho de recibir una explicación de ciertas divulgaciones que hayamos hecho, si las hay, sobre su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso, y le informaremos por correo de cualquier cambio. A continuación, usted tiene el derecho a oponerse o retirarse, según lo dispuesto en este aviso.

Quejas: Nos puede presentar sus quejas o hacerlo al Secretario de Salud y Servicios Humanos, si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad. Puede presentarnos una queja, al notificar a nuestro contacto de privacidad sobre su queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de los individuos y proporcionarles este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información protegida. Si tiene alguna objeción a este documento, por favor pida hablar en persona con nuestro funcionario de cumplimiento de HIPAA, o por teléfono, llamando a nuestro número principal que se da más adelante.

La firma que se encuentra a continuación es solo un reconocimiento de que ha recibido este AVISO DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.

Fecha del día de hoy _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento del estudiante _____

Nombre del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años). _____

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años). _____

Notificación al paciente del uso del intercambio de información médica

Every Child Pediatrics (ECP, por sus siglas en inglés) respaldan, apoyan y participan en el intercambio de información médica (conocido en inglés como HIE), como un medio para mejorar la calidad de la salud del paciente, y su experiencia al recibir servicios de atención médica. HIE proporciona a ECP una manera segura y eficiente de compartir electrónicamente la información clínica de su estudiante con otros proveedores de la atención médica que participan en la red HIE. El uso de HIE ayuda a los proveedores de la atención médica de su estudiante a compartir información de manera más eficaz, y brindarle a su estudiante una mejor atención médica. El HIE también permite que el personal de emergencia, y otros proveedores que estén tratando a su estudiante, tengan acceso inmediato a sus datos médicos, que puedan ser críticos para su atención médica. El hacer que la información médica de su estudiante esté disponible a sus proveedores de la atención médica, a través del HIE, también puede reducir los costos, al evitar que se dupliquen las pruebas o procedimientos. Sin embargo, en nombre de su estudiante, usted puede optar por no participar en el HIE de Every Child Pediatrics, o de cancelar alguna decisión de no participación, en cualquier momento.

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

Continued...

Health & Wellness, continued...



HEALTH AND WELLNESS CENTER at CENTENNIAL HIGH SCHOOL CONSENT TO MEDICAL TREATMENT 2022+

Instructions: INITIAL all statements, fill in information as requested and sign at the bottom

_____ I understand that medical services at the Health and Wellness Center at Centennial High School (the "Center") are provided by Every Child Pediatrics (ECP). I give permission for the Center to provide any of the physical health and mental health care services listed below to my student during his/her enrollment in the Center, when advised or recommended by the Center staff:

Student health electronic questionnaire, (including medical & mental health questions)	Treatment of minor illness and injury
Well child check / sports physical	Management of chronic illness
Routine lab tests	Referrals to community agencies for other necessary care

_____ I understand that the Center does NOT offer certain services, including but not limited to, the following:

Hospitalization	Sutures / Casting
Emergency Care (except as required by law)	Treatment of complex medical or psychiatric conditions
Pharmacy services	X-Rays
Restorative dental care	Dental fillings or extractions

_____ I have read above and understand the services offered by the Health and Wellness Center at Centennial High School and am requesting said services be provided to my student.

_____ I understand that the Center may serve as my student-patients primary care physician (PCP) and/or may collaborate with a PCP of my choosing and with my consent to release information.

_____ I understand that the Center maintains electronic medical records. I authorize electronic downloading of eligibility and medication history information.

_____ I understand that the Center staff will attempt to notify me about my student's encounter with the medical professional as deemed appropriate by the provider. I understand, that by law, in some instances students can access care independently and confidentially.

_____ I understand that this consent includes consent for referral of care and, if needed, to summon emergency services (911), emergency transportation to other physicians, health care professionals, hospitals, clinics or health care agencies as deemed necessary by the Center's staff. Expenses related to ambulance or other emergency referral will be my responsibility. Nothing in this authorization shall be deemed to modify or limit the responsibility and authority of the Center or Poudre School District to deal with emergency medical situations as is appropriate.

_____ I will attempt to make myself available for communication regarding my student's health needs. I understand that there are certain hazards and risks connected with all forms of treatment and consent is given in light of this knowledge. I understand it is my duty to inform the Center staff of any change in my student's guardianship.

CONTINUED – SEE NEXT PAGE.



HEALTH AND WELLNESS CENTER (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR) en CENTENNIAL HIGH SCHOOL AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO 2022+

Instrucciones: Anote las INICIALES de su nombre en todas las afirmaciones, responda la información que se pida, y firme en la parte inferior de este documento.

_____ Entiendo que los servicios médicos, mentales y de telemedicina en el Health and Wellness Center at Centennial High School (the "Center") (CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR en CENTENNIAL HIGH SCHOOL) ("el Centro") los proveen las Every Child Pediatrics (ECP, por sus siglas en inglés). Doy mi permiso para que el Centro proporcione a mi estudiante algún servicio de atención médica y salud mental, que se menciona a continuación, al estar inscrito(a) en el Centro, cuando el personal de dicho Centro lo aconseje o recomiende:

Cuestionario electrónico médico del estudiante (Student health electronic questionnaire) (incluye preguntas de salud física y mental)	Tratamiento de enfermedades y lesiones menores Manejo de enfermedades crónicas
Cheques médicos/físicos para deportes Pruebas de laboratorio de rutina	Remitirle a agencias de la comunidad, para recibir otra atención médica necesaria

_____ Entiendo que el Centro NO ofrece ciertos servicios, incluyendo, pero sin limitarse a lo siguiente:

Hospitalización	Puntos de sutura / Enyesar
Atención de emergencia (A excepción de lo que la ley exija)	Tratamiento de problemas médicos o psiquiátricos complejos
Servicios de farmacia	Rayos X
Atención dental restauradora	Rellenos o extracciones dentales

_____ He leído todo lo anterior, entiendo los servicios que el Health and Wellness Center at Centennial High School ofrece, y solicito que a mi estudiante se le provean los servicios en mención.

_____ Entiendo que el Centro puede servir como doctor/oficina de atención médica primaria para mi estudiante o se puede comunicar con el doctor/la oficina de atención médica primaria que escojo con mi autorización para lanzar información médica.

_____ Entiendo que el Centro mantiene archivos médicos electrónicos. Autorizo la descarga electrónica de la información con respecto a que se satisfacen las condiciones para recibir medicación, al igual que el historial de medicaciones.

_____ Entiendo que el personal del Centro intentará notificarme cuando el profesional médico atienda a mi estudiante, siempre y cuando el proveedor lo considere apropiado. Entiendo que, por ley, en algunos casos los estudiantes pueden tener acceso a la atención médica de manera independiente y confidencial.

_____ Entiendo que esta autorización incluye el permiso para que a mi hijo(a) se le remita (referral) para que reciba atención médica y, si es necesario, se pidan los servicios de emergencia (911), transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de la atención médica, hospitales, clínicas o agencias de atención médica, tal como lo considere necesario el personal del Centro. Los gastos relacionados con los servicios de la ambulancia, o cuando se le remita a otro proveedor de atención médica de emergencia, serán mi responsabilidad. Nada en esta autorización se tendrá en consideración para modificar o limitar la responsabilidad y autoridad del Centro, o del Distrito Escolar Poudre, en el manejo de situaciones médicas de emergencia, tal como sea apropiado.

_____ Me esforzaré para estar disponible para la comunicación con respecto a las necesidades médicas de mi estudiante. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos en conexión con todas las formas de hacer un tratamiento, y doy mi autorización, sabiendo lo anterior. Entiendo que es mi deber informar al personal del Centro sobre cualquier cambio en la tutela de mi estudiante. CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

Continued...

Health & Wellness, continued...

_____ I consent for the Center staff to access my student's immunization and other school related records that may assist the staff in helping my child.

_____ I have received/read the Center and ECP's Notice of Privacy Practices for Protected Health Information.

_____ I understand that all information in my student's medical record is confidential and will not be released to any unauthorized person or agency without written consent. This practice conforms to Colorado law.

_____ I authorize the Center to share or disclose all or any portion of my child's medical record to any entity pertinent to his/her healthcare, including but not limited to ECP, the Center staff, the student's primary care provider, and the home school (**insert school name**): _____ health technician, nurse, counseling staff, coaching or administrative staff of student's. **If there are specific roles I do NOT want information shared on the list above, I have crossed them off.**

_____ I understand that the Center may share or be required to share my student's health care information with certain persons or agencies for purposed treatment, health care operations, billing and payment or as otherwise required by law, without having to ask my permission or needing a signed authorization.

_____ I understand that the Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) provides funding for health services I receive at this school based health center and is legally able to receive information regarding services provided to patients. CDPHE receives combined data for all patients and this data does not specifically identify any individual patient.

_____ I understand the Center is open limited hours (generally during school hours/days Monday – Thursday) and is closed, for example at night, on weekends and for school holidays. During clinic closures I may call ECP Thornton office at 1-303-450-3690 to reach the on-call provider or nurse line. If experiencing an emergency, I will take my student to the nearest emergency room or call 911 immediately.

_____ I understand that the Center needs to cover its expenses. I will provide my insurance information and I give permission for the Center/ECP to bill my student's applicable health insurer for services received. If I do not have insurance, I agree to discuss my family's eligibility for available public insurance programs or sliding fee scale options with the Center.

_____ I understand that this consent form remains valid for the length of three years from the date of consent indicated below and/or while the student is enrolled with Poudre School District.

_____ I understand I may withdraw this consent at any time by providing written notice to the Center's Health and Wellness Coordinator at the Health and Wellness Center at Centennial High School, 330 East Laurel Street, Fort Collins, CO 80524. This is called revocation. I understand that once written notice is received, the Center will stop sharing information from that point on, but that revocation does not apply to any information the Center has already released.

Agreement: By signing below I acknowledge that I have read and understand the above provisions and certify that I am legally authorized to provide this consent for services.

I am enrolling this student in the Health and Wellness Center at Centennial High School Yes ☐ No ☐

Printed Name of Student _____

Date _____

Printed Name of Parent/Guardian (or Student if 18+) _____

Signature of Parent/Guardian (or Student if 18+) _____

_____ Doy mi autorización para que el personal del Centro tenga acceso a los expedientes de mi estudiante relacionados con sus vacunas, así como otros expedientes escolares que puedan ayudar a que el personal asista a mi hijo(a).

_____ Recibi/Leí la información proveniente del Centro, y las ECP, con respecto al AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD PARA LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (Notice of Privacy Practices for Protected Health Information).

_____ Entiendo que toda la información contenida en los expedientes médicos de mi estudiante es confidencial, y no se dará a conocer a ninguna persona ni agencia que no tenga autorización, sin un permiso por escrito. Esta práctica está en conformidad con la ley de Colorado.

_____ Autorizo al Centro para que comparta o dé a conocer toda, o alguna parte, de la información del expediente médico de mi hijo(a) a cualquier entidad pertinente a su atención médica, incluyendo, pero sin limitarse al personal de las ECP y del Centro, el médico primario del estudiante, y el/la auxiliar de enfermería, la enfermera, el personal de consejería/salud mental, o entrenadores personal administrativo, enlaces familiares, de la escuela (**inserte el nombre de la escuela**): _____, a la que asiste el estudiante. Si NO quisiera que, a individuos con funciones específicas, se les dé a conocer información de la lista mencionada anteriormente, los excluiré.

_____ Entiendo que el Centro puede compartir, o tener que compartir, la información sobre la atención médica de mi estudiante con ciertas personas o agencias, con el propósito de que se lleve a cabo un tratamiento, funcionamiento de la atención médica, facturación y pagos, o como se requiera por ley, sin tener que pedir mi permiso ni necesitar una autorización firmada.

_____ Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (Department of Public Health and Environment) (CDPHE, por sus siglas en inglés) provee fondos para los servicios de atención médica que yo reciba en este centro de salud, que funciona en una escuela, y puede obtener de manera legal información referente a los servicios provistos a los pacientes. CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y estos datos no identifican específicamente a ningún paciente de manera individual.

_____ Entiendo que el Centro tiene las horas (el horario) limitadas (por lo general durante las horas de la escuela—lunes a viernes) y esta cerrado por ejemplo en la noche y los fines de semana y los días festivos. Durante los días en que no esté abierto, yo puedo llamar a la oficina de las RMYC en Thornton, al teléfono 1-303-450-3690, para comunicarme con el personal de atención médica que esté disponible, o la línea de la enfermera. Si se presenta una emergencia, llevaré a mi estudiante al centro de urgencias más cercano/llamaré al 911 de inmediato.

_____ Entiendo que el Centro necesita cubrir sus gastos. Proporcionaré la información sobre mi seguro de salud, y doy permiso para que el Centro/RMYC presente una factura a la aseguradora de salud correspondiente de mi estudiante, por los servicios que se hayan recibido. Si no tengo seguro, estoy de acuerdo con discutir si mi familia reúne los requisitos para participar en los programas de salud pública disponibles/las opciones, para obtener un descuento en el costo de servicios médicos basado en una escala.

_____ Entiendo que este formulario de permiso es válido por un periodo de tres años y / o mientras el estudiante está inscrito en el Distrito Escolar de Poudre.

_____ Entiendo que puedo retirar este permiso (llamado revocación) en cualquier momento, a través de una notificación por escrito a el/ la director a) del Centro en el Health & Wellness Center at Centennial High School, situado en la dirección 330 East Laurel Street, Fort Collins, CO 80524. Entiendo que una vez que se reciba la notificación por escrito, el Centro dejará de dar a conocer la información, a partir de ese momento, pero la revocación no aplica a ninguna información que el Centro ya haya dado a conocer.

Acuerdo: Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las disposiciones anteriores, y certifico que legalmente tengo autorización para proporcionar esta autorización para que se presten servicios.

Estoy inscribiendo a este estudiante en el Health and Wellness Center Si ☐ No ☐

Nombre del estudiante (Usar letra de molde o imprenta.) _____

Fecha _____

Nombre del padre de familia/tutor legal
(o del estudiante, si es mayor de 18 ntre años)
(Usar letra de molde o imprenta.) _____

Firma del padre / tutor (o estudiante si tiene 18 años o más) _____

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207(FAX) - hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

Continued...

Health & Wellness, continued...



The Health and Wellness Center at Centennial High School Mental-health Services Disclosure Form and Release of Mental Health Information 2022+

This document outlines the services and policies of the Health and Wellness Center at Centennial High School's (H&WC@CHS) mental health services. These services are provided by Licensed Behavioral Health Professionals (LBHPs), the qualifications for whom are provided at the time of service.

Please read and ask for clarification on anything you do not understand. This form will be signed and kept on file in the H&WC@CHS (on site) or at the Lincoln Middle School Telehealth Program site. You may also request a copy.

GENERAL INFORMATION: You are entitled to receive information about methods of treatment, the expected length of treatment and the limitations of receiving mental health treatment within a school-based health center. You may seek a second opinion from another therapist. Please be advised that there are no guaranteed results from therapy. Also, you may terminate therapy at any time.

Sexual intimacy between a therapist and a client is never appropriate. If sexual intimacy occurs, it should be reported to the State Grievance Board (DORA). The Colorado Department of Regulatory Agencies (DORA) regulates the practices of licensed and unlicensed psychotherapists. The Mental Health Section is located at, 1560 Broadway, Suite 1370, Denver, CO 80202; (303) 894-7766.

CONFIDENTIALITY: Any information, written or verbal, regarding the services you receive from H&WC@CHS LBHPs will be kept confidential to the extent required by law. General mental health records, *other than psychotherapy notes*, may be used and disclosed by a provider for your treatment, referral, for billing and for other reasons permitted by law. General mental health records includes medication prescription and monitoring, counseling session start and stop times, the methods and frequency of your treatment, clinical test results, and any summary of your diagnosis, functional status, treatment plan, symptoms, prognosis, and progress to date. However, H&WC@CHS LBHPs will not disclose psychotherapy notes regarding your treatment without written authorization, or as permitted by law. Psychotherapy notes are notes for documentation or analysis of assessments, interactions, groups and or individual therapy sessions. There are a few very limited instances when the LBHP is legally and ethically bound to disclose psychotherapy notes regarding your treatment, such as:

- If there is reason to believe, in good faith, that disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of you or another person
- If child or elder abuse or neglect has occurred or is occurring, or there is reasonable cause to believe has occurred
- If ordered by a court of law
- Disability applications (if requested by authorizing agency)

For any other reasons not required or permitted by law, your prior written authorization is required before disclosing psychotherapy notes regarding your treatment.

CONTINUED – SEE NEXT PAGE.



El Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Centennial Formulario de Divulgación de Servicios de Salud Mental y Divulgación de Información de Salud Mental 2022+

Este documento describe los servicios y las políticas del Centro de Salud y Bienestar en los servicios de Salud Mental de la Escuela Preparatoria Centennial (H & WC @ CHS). Estos servicios son proporcionados por Profesionales de la Salud del Comportamiento con Licencia (LBHP, por sus siglas en inglés), las calificaciones para los cuales se proporcionan al momento del servicio.

Por favor, lea y solicite aclaraciones sobre cualquier cosa que no entienda. Este formulario se firmará y se archivará en H & WC @ CHS (en el sitio) o en el sitio del Programa de Telesalud de la Escuela Secundaria Lincoln. También puede solicitar una copia.

INFORMACION GENERAL: Usted tiene derecho a recibir información sobre los métodos de tratamiento, la duración esperada del tratamiento y las limitaciones para recibir tratamiento de salud mental dentro de un centro de salud escolar. Puede buscar una segunda opinión de otro terapeuta. Tenga en cuenta que no hay resultados garantizados de la terapia. Además, puede terminar la terapia en cualquier momento.

La intimidad sexual entre un terapeuta y un cliente nunca es apropiada. Si ocurre intimidad sexual, debe informarse a la Junta de Quejas del Estado (DORA). El Departamento de Agencias Reguladoras de Colorado (DORA) regula las prácticas de los psicoterapeutas con licencia y sin licencia. La Sección de Salud Mental está ubicada en 1560 Broadway, Suite 1370, Denver, CO 80202; (303) 894-7766.

CONFIDENCIALIDAD: Cualquier información, escrita o verbal, sobre los servicios que reciba de H & WC @ CHS LBHPs se mantendrá confidencial en la medida que lo exija la ley. Los registros de salud mental general, que no sean notas de psicoterapia, pueden ser utilizados y divulgados por un proveedor para su tratamiento, referencia, facturación y otros motivos permitidos por la ley. Los registros generales de salud mental incluyen la prescripción y monitoreo de medicamentos, los horarios de inicio y finalización de las sesiones de asesoramiento, los métodos y la frecuencia de su tratamiento, los resultados de las pruebas clínicas y cualquier resumen de su diagnóstico, estado funcional, plan de tratamiento, síntomas, pronóstico y progreso hasta la fecha. Sin embargo, H & WC @ CHS LBHPs no divulgará notas de psicoterapia relacionadas con su tratamiento sin una autorización por escrito, o según lo permita la ley. Las notas de psicoterapia son notas para documentación o análisis de evaluaciones, interacciones, grupos o sesiones de terapia individual. Existen algunos casos muy limitados en los que la LBHP está legal y éticamente obligada a divulgar notas de psicoterapia relacionadas con su tratamiento, como:

Si hay razones para creer, de buena fe, que la divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de usted u otra persona:

- Si ha ocurrido o está ocurriendo abuso o negligencia de un niño o anciano, o si hay una causa razonable para creer que ha ocurrido

CONTINÚA – VER SIGUIENTE PÁGINA

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics"

Continued...

Health & Wellness, continued...



THE HEALTH & WELLNESS CENTER

The Health and Wellness Center at Centennial High School Mental-health Services Disclosure Form and Release of Mental Health Information 2022+

Periodically, LBHPs may share or exchange information with medical and professional staff within the H&WC@CHS as well as with designated school staff.

I understand I can revoke this privileged communication in writing at any time.

This consent for services is authorized for the length of the school year and/or while the student is enrolled at Centennial High School or at Lincoln Middle school.

I may withdraw this consent at any time with written notice to the H&WC@CHS.

AVAILABILITY: Generally, there is a LBHP available during school hours. Voicemails at (970) 488-4961 are checked and responded to during those hours. If immediate assistance is needed, please call either 911 or Poudre Valley Hospital at (970) 495-7000.

AGREEMENT: By signing below I acknowledge that I have read and understand the above sections. I certify that I am legally authorized to provide this consent, and that I may request a copy of this disclosure statement for my records at any time.

_____ Student 12 yrs of age or older PRINTED Name	_____ Student 12 yrs of age or older Signature	_____ Date
_____ OR Parent/Guardian (student under 12) PRINTED Name	_____ Parent/Guardian Signature	_____ Date
_____ Therapist PRINTED Name	_____ Therapist Signature	_____ Date

Revised: 6/20/19



THE HEALTH & WELLNESS CENTER

El Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Centennial Formulario de Divulgación de Servicios de Salud Mental y Divulgación de Información de Salud Mental 2022+

- Si es ordenado por un tribunal de justicia
- Solicitudes de discapacidad (si lo solicita la agencia que autoriza)

Por cualquier otra razón no requerida o permitida por la ley, se requiere su autorización previa por escrito antes de revelar las notas de psicoterapia relacionadas con su tratamiento.

Periódicamente, los LBHP pueden compartir o intercambiar información con personal médico y profesional dentro de H & WC @ CHS, así como con el personal escolar designado.

Entiendo que puedo revocar esta comunicación privilegiada por escrito en cualquier momento.

Este consentimiento para servicios está autorizado por tres años y / o mientras el estudiante está inscrito en el Distrito Escolar Poudre.

Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento con un aviso por escrito a H & WC @ CHS.

DISPONIBILIDAD: En general, hay un LBHP disponible durante el horario escolar. Los correos de voz al (970) 488-4961 se revisan y responden durante esas horas. Si necesita asistencia inmediata, llame al 911 o al Hospital UHealth Poudre Valley al (970) 495-7000.

ACUERDO: Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo las secciones anteriores. Certifico que estoy legalmente autorizado para proporcionar este consentimiento y que puedo solicitar una copia de esta declaración de divulgación para mis registros en cualquier momento.

_____ Nombre del estudiante mayor de 12 años	_____ Nombre del estudiante mayor de 12 años	_____ Fecha
_____ Nombre del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 15 años).	_____ Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 12 años).	_____ Fecha
_____ Therapist PRINTED Name	_____ Therapist Signature	_____ Fecha

330 East Laurel St. – Fort Collins, Colorado, 80524 – 970.488.4900 – 1.970.233.8207 (FAX) hwcenter.org
Este Centro de Salud, que funciona en la escuela, es una labor de colaboración entre el Distrito Escolar Poudre y las "Every Child Pediatrics".

Continued...

Health & Wellness, continued...



Telehealth Consent to Treat 2022+

Student Name: _____ Date of Birth: _____

I give my permission for the Health and Wellness Center at Centennial High School, School-Based Health Center (SBHC), to provide health care to the student named above. In addition to onsite care at the Health and Wellness Center at Centennial, this clinic also provides medical and mental health care via telehealth.

Telehealth Consent

- I understand that telehealth is the exchange of medical and/or mental health information from one site to another by electronic communications. This may include physical exams and counseling services using two-way HIPAA compliant audio/video and other forms of technology.
- I understand that the Health Care Provider and my child will not be in the same room but that an Every Child Pediatrics' staff member, called a Telehealth Presenter, will be in the room with my child or in a total virtual care model, all participants will be accessing services remotely and independently.
- I understand all applicable confidentiality protections shall apply to the services. I understand that the privacy laws that protect the confidentiality of my protected health information (PHI) also apply to telehealth unless an exception to confidentiality applies (i.e. mandatory reporting of child, elder, or vulnerable adult abuse; danger to self or others, a medical emergency occurring while on telehealth call).
- I understand that Every Child Pediatrics' (SBHC) Program staff may share appropriate health information with school Health/Counseling/Administrative staff to support coordination of care for students with medical and/or mental health needs.
- I understand that I retain the option to refuse the delivery of health care services via telehealth at any time without affecting my right to future care or treatment and without risking the loss or withdrawal of any program benefits to which I would otherwise be entitled.
- I understand that if I am having suicidal or homicidal thoughts, actively experiencing psychotic symptoms or experiencing a mental health crisis that cannot be resolved remotely, it may be determined that telehealth health services are not appropriate and a higher level of care is required.

Emergency Protocols for Virtual Online Teleservices

- I understand that my provider may need to contact my emergency contact and/or appropriate authorities in case of an emergency.
- Your provider requires knowledge of your location in case of an emergency. You agree to provide an address where you are at the beginning of each session and a contact person who may be contacted on your behalf in a life-threatening emergency only. This person will only be contacted to go to your location or take you to the hospital in the event of an emergency. My emergency contact's name, relationship to me, address and phone are: _____
- If accessing behavioral health services, I understand my provider will review the emergency protocol at the beginning of each session.
- By initialing below, I agree that I have received an explanation of how the video/audio technology will be used to conduct telehealth healthcare. I understand there are limitations to the technology and the process of telehealth, including the potential for incomplete exchange or loss of information. I have received and understand the written information provided above.

I consent to use of telehealth for consultation, evaluation, diagnosis and treatment. _____ (Initial please)

By signing this form, I certify:

I have read this form (or have had this form read and/or had this form explained to me) and have been given ample opportunity to have my questions answered and my questions have been answered to my satisfaction and that I fully understand its contents including the risks and benefits of the procedure(s).

I understand that I may revoke my consent at any time. A request to revoke consent must be in writing and received by the Health and Wellness Center at Centennial High School SBHC.

I hereby voluntarily and freely agree and give my consent for treatment and to any related evaluation, assessment, and diagnosis as the health care provider deems appropriate for my student's current medical and/or mental health needs.

Patient Printed Name _____ Patient Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Signature (if required): _____

Read/reviewed consent with parent and/or patient (please circle) and obtained verbal consent due to CoVid-19:

Staff Printed Name _____ Staff Signature _____ Date _____



Consentimiento de Telesalud 2022+

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doy mi permiso para que el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Preparatoria Centennial, Centro de Salud Basado en la Escuela (SBHC), brinde atención médica al estudiante mencionado anteriormente. Además de la atención en el Centro de Salud y Bienestar en Centennial, esta clínica también brinda atención médica y de salud mental a través de Telesalud.

Consentimiento de Telesalud

- Entiendo que la Telesalud es el intercambio de información médica y/o de salud mental de un sitio a otro mediante comunicaciones electrónicas. Esto puede incluir exámenes físicos y servicios de asesoramiento utilizando audio/video y otras formas de tecnología compatibles con HIPAA de dos vías.
- Entiendo que el proveedor de atención médica y mi hijo no estarán en la misma sala, pero que un miembro del personal de Every Child Pediatrics, llamado presentador de Telesalud, estará en la sala con mi hijo.
- Entiendo que todas las protecciones de confidencialidad aplicables se aplicarán a los servicios. Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI) también se aplican a la telesalud a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informes obligatorios de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo u otros, una emergencia médica que ocurre mientras está en llamada de telesalud).
- Entiendo que el personal de Every Child Pediatrics puede compartir información de salud apropiada con el personal de Salud/Consejería de la escuela para apoyar la coordinación de la atención para estudiantes con necesidades médicas o de salud mental.
- Entiendo que conservo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuros y sin arriesgarme a perder o retirar los beneficios del programa a los que tendría derecho.
- Entiendo si tengo pensamientos suicidas u homicidas, síntomas psicóticos, o una crisis mental puede ser determinado que los servicios de Telesalud no sean adecuados y otra atención sea necesario.

En caso de emergencia

- Entiendo que el proveedor puede comunicarse con mi contact de emergencia o las autoridades emergencias en caso de emergencia.
- El proveedor requiere saber su ubicación en caso de emergencia. Usted acepta proporcionar una dirección donde se encuentra y un contacto de emergencia al comienzo de la cita. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia. El nombre, la relación conmigo, la dirección y el teléfono de mi contacto de emergencia son: _____
- Si acceden a los servicios de salud conductual, entiendo que mi proveedor revisará el protocolo de emergencia al comienzo de cada sesión.
- Al inicializar a continuación, estoy de acuerdo en que he recibido una explicación de cómo se usará la tecnología de video/audio para llevar a cabo la atención médica de Telesalud. Entiendo que hay limitaciones en la tecnología y al proceso de Telesalud, incluido el potencial de intercambio incompleto o pérdida de información. He recibido y entiendo la información escrita proporcionada anteriormente.

Consiento el uso de Telesalud para consultas, evaluaciones, diagnósticos y tratamientos. _____ (Iniciales)

Al firmar este formulario, certifico:

He leído este formulario (o me lo han leído y/o me han explicado este formulario) y se me ha brindado una amplia oportunidad para que responda a mis preguntas y que me hayan respondido satisfactoriamente y que entiendo completamente su contenido, incluido los riesgos y beneficios de los procedimientos.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. * Una solicitud para revocar el consentimiento debe ser por escrito y recibida por el Centro de Salud y Bienestar en la Escuela Preparatoria Centennial SBHC.

Por el presente, voluntariamente y libremente estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para el tratamiento de telesalud y para cualquier evaluación, evaluación y diagnóstico relacionados que el proveedor de atención médica considere apropiado para las necesidades médicas o de salud mental actuales de mi estudiante.

Firma del padre de familia/tutor legal (o del estudiante, si es mayor de 18 años). _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor (si es necesario): _____

Read/reviewed consent with parent and/or patient (please circle) and obtained verbal consent due to CoVid-19:

Staff Printed Name _____ Staff Signature _____ Date _____

Health & Wellness (en Español), continued...

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no se debe compartir con las escuelas o con organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del examen médico: _____ Deporte(s): _____

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): _____ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): _____

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. _____

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. _____

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). _____

Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma ≥ 3 se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		
	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		
	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

Health & Wellness (en Español), continued...

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

Health & Wellness (en Español), continuado...

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Se concede permiso para reimprimir este formulario para fines educativos no comerciales, siempre que se otorgue reconocimiento a los autores.