



ABRAHAM LINCOLN HIGH SCHOOL
4777 Imperial Avenue, San Diego, CA 92113

(619) 266-6500
Fax (619) 266-6605

Dear Parents and Students of Abraham Lincoln High School:

Abraham Lincoln High School (LHS) is collaborating with San Ysidro Health (SYH) to make primary health care services available to students at the School Based Health Center (SBHC) which opened in 2010.

SYH offers students medical care as well as helps families enroll in health coverage programs such as Medi-Cal and others.

SYH offers minor sick visits, sports physicals, immunizations, health education, behavioral health and other health related services. If you do not have a family doctor, SYH can also refer your son or daughter to one of its clinics close by for ongoing medical/dental/behavioral care services.

To provide healthcare services to your son or daughter during school hours, we need your written permission. Please fill out and sign the attached consent and release forms and return them to the SBHC or the school's Health Office. The consent form allows SYH to provide medical care to your child and gives the SBHC permission to bill your insurance company for the health care services received. If your son or daughter does not have health insurance coverage, SYH can help you apply for programs such as Medi-Cal, or others. SYH will keep the signed consent on file in case your student becomes ill or needs a clinic visit during the school year or summer school.

If you have questions about the health care services available at SYH's School Based Health Center, please call (619) 266-6500 X2137.

"San Ysidro Health does not discriminate with regard to sex, race, religion, color, national origin, ancestry/ethnicity, marital or parental status, age, physical or mental disability, sexual orientation or any other unlawful consideration."



ABRAHAM LINCOLN HIGH SCHOOL
4777 Imperial Avenue, San Diego, CA 92113

(619) 266-6500
Fax (619) 266-6605

Estimados Padres y Estudiantes de la Preparatoria Abraham Lincoln:

La Preparatoria **Abraham Lincoln** (LHS, por sus siglas en inglés) está colaborando con San Ysidro Health (SYH) para ofrecer servicios de cuidado de salud a los estudiantes a través de la Clínica de Salud basada en la escuela, establecida en 2010.

SYH ofrece a los estudiantes atención médica incluyendo servicios, como asistencia a las familias a inscribirse en programas de cobertura de atención médica como Medi-Cal y otros programas.

Los servicios que ofrece SYH son visitas de enfermedades menores, examen físico para deportes, vacunación, educación de salud, salud mental y otros servicios de salud. Si usted no tiene un médico de cabecera, SYH le podrá referir a usted y/o a su hijo(a) a una de sus clínicas más cercanas para el cuidado continuo médico, dental y/o de consejería y salud mental.

Con el fin de proporcionar servicios de salud a su hijo(a) durante el horario escolar, necesitamos su permiso. Por favor llene y firme el consentimiento y la el formulario de declaración y entréguelo a la clínica de salud de la escuela o a la oficina de la escuela. Además de permitirle a SYH proveerle servicios médicos a su hijo(a), este consentimiento también permitirá que la clínica solicite el reembolso a su seguro médico por servicios de salud que reciba su hijo(a). Si su hijo(a) no tiene seguro médico, la clínica le puede ayudar a aplicar a programas de asistencia como Medi-Cal y otros programas similares. La clínica mantiene archivado este consentimiento en caso de que su hijo(a) se enferme o necesite visitar una de nuestras clínicas durante el año escolar y durante las clases de verano.

Si tiene preguntas acerca de los servicios médicos de SYH disponibles en la clínica escolar, favor de llamar al (619) 266-6500 X 2137.

"El Centro de Salud de la Comunidad de San Ysidro no discrimina con respecto a sexo, raza, religión, color, origen nacional, ascendencia/etnicidad, estado marital o parental, edad, incapacidad física o mental, orientación sexual o cualquier otra consideración ilegal."



AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION TO AND FROM SCHOOLS

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable health information, as set forth below, consistent with California and Federal laws (e.g., HIPAA) concerning the privacy of such information. Failure to provide all information requested may invalidate this authorization.

USE AND DISCLOSURE INFORMATION:

Patient/Student Name:

Last First MI Date of Birth

I, the undersigned, do hereby authorize (name of health care provider, health plan and/or agency):

to provide health information from the above-named child's medical record to and from:

LINCOLN HIGH SCHOOL

School to Which Disclosure is Made

4777 IMPERIAL AVENUE, SAN DIEGO, CA 92113

Address / City and State / Zip Code

DISTRICT, MEDICAL PERSONNEL, CASE MANAGER & SCHOOL PSYCHOLOGIST

Contact Person at School District

Phone: 619.266.6502 Fax: 619.266.6606

Telephone and Fax Number

Disclosure of health information is necessary for the following purpose:
of student at school.

Coordination of care, to best meet needs

Requested information shall be limited to the following:

Only minimum necessary health information; or The following Disease-specific information described as:
Information related to health, learning, behavior and attention needs at school.

DURATION:

This authorization shall become effective immediately and shall remain in effect _____ during school year, including
summer school while the student is enrolled at LHS or for one year from the date of signature, if no date entered.

RESTRICTIONS:

California law prohibits the Requestor from making further disclosure of my health information unless the Requestor obtains another authorization form from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

YOUR RIGHTS:

I understand that I have the following rights with respect to this Authorization: I understand this authorization is completely voluntary and that I am not required to sign this form. I may revoke this Authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me or on my behalf, and delivered to the health care agencies/persons listed above. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that the Requestor or others have acted in reliance to this Authorization. I understand that I have the right to inspect or obtain a copy of the information to be used and/or disclosed. I further have the right to receive a copy of this authorization upon request.

STUDENT RIGHTS: *Students between the ages of 12 and 18 years must sign this form in order to approve the disclosure of information related to mental health and family planning issues.*

RE-DISCLOSURE:

I understand that the Requestor (School District) will protect this information as prescribed by the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) and that the information becomes part of the student's educational record. The information shall only be shared with those individuals working at the School District who have a specific need for the information for the purpose of providing safe, appropriate, and least restrictive educational settings and school health services and programs. Notwithstanding the foregoing, only that information that is minimally necessary to accomplish the intended purpose of the use or request shall be re-disclosed.

I have a right to receive a copy of this Authorization. Signing this Authorization may be required in order for this student to obtain appropriate services in the educational setting.

APPROVAL:

Parent/Guardian Printed Name

Parent/Guardian Signature

Date

Relationship to Patient/Student

() _____
Area Code and Telephone Number

Student Printed Name

Student Signature

Date



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE ESCUELAS

El llenado de este documento autoriza la divulgación y/o uso de la información individual de salud, como se establece abajo, de conformidad con las leyes Federales y de California (ejem., HIPAA) relativas a la privacidad de dicha información. La omisión de la información requerida podrá invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Paciente/Nombre del/a Alumno/a: _____

Apellido	Nombre	IM	Fecha de Nacimiento
----------	--------	----	---------------------

El suscrito, autorizó (nombre del proveedor médico, plan de salud y/o agencia): _____

a proporcionar la información de salud del/a niño/a arriba mencionado de su expediente médico de y para:

LINCOLN HIGH SCHOOL	4777 IMPERIAL AVENUE, SAN DIEGO, CA 92113
Escuela a la cual se hizo la divulgación	Domicilio/Ciudad y Estado, Código Postal
DISTRITO, PERSONAL MEDICO, MANEJADOR DE CASO & PSICOLOGO DE LA ESCUELA	Phone: 619.266.6502 Fax: 619.266.6606
Persona Contacto en el Distrito Escolar	Teléfono y Número de Fax

La divulgación de la información médica se requiere para lo siguiente:

La coordinación de la atención, para satisfacer mejor las necesidades de la escuela

La información solicitada se limitara a lo siguiente:

Información mínima necesaria; Información de enfermedad específica descrita: _____
Información relacionada con la salud, el aprendizaje, el comportamiento y atención que necesita en la escuela.

DURACIÓN:

Esta autorización entra en vigor inmediatamente y estará vigente Durante el año escolar, incluyendo clases de verano mientras el estudiante este registrado en LHS. O por un año de la fecha de la firma, si no hay fecha anotada.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante que haga la divulgación de mi información médica a menos que el Solicitante obtenga otra forma de autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Estoy enterado que tengo los siguientes derechos referentes a esta Autorización: Entiendo que esta autorización es completamente voluntaria y no es requerido firmarla. Yo podría revocar esta Autorización en cualquier momento. *Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mi o en mi nombre, y entregada a las agencias de salud/personas anotadas arriba. Mi revocación será efectiva a la recepción del escrito, pero no será efectiva condicionada a que el/a Solicitante u otros hayan actuado dependiendo de la veracidad de esta Autorización. Además, yo tengo el derecho de pedir y recibir una copia de esta autorización.*

DERECHOS DE LOS ESTUDIANTES: *Los estudiantes entre los 12 y 18 años deben firmar esta forma para poder aprobar la divulgación de la información relacionada con la salud mental y asuntos de planificación familiar.*

RE-DIVULGACIÓN:

Estoy enterado/a que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como lo establece el Decreto de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y que la información forma parte del expediente educativo del/a alumno/a. Esta información solo se compartirá con las personas que trabajen con o en el Distrito Escolar que necesitan la información para un fin específico con la intención de proveer entornos educativos, servicios escolares y programas de salud seguros, adecuados y menos restringidos. Sin perjuicio de lo anterior, sólo se volverá a divulgar aquella información que sea mínimamente necesaria para cumplir con el propósito previsto del uso o solicitud.

Tengo el derecho de obtener una copia de esta Autorización. La firma de Autorización podrá ser requerida para que este/a alumno/a obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN:

Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha
Parentesco con el/a Paciente/Alumno/a	() Código Postal y Teléfono	
Estudiante Nombre Impreso	Firma del Estudiante	Fecha

Centro de Salud de la Comunidad de San Ysidro
School Based Health Center at Abraham Lincoln High School
San Diego Unified School District
4777 Imperial Avenue
San Diego, California 92113
(619) 266-6500

PARENT/LEGAL GUARDIAN CONSENT FORM

Student Name: _____ Grade: _____
Address: _____ Zip Code: _____
Social Security Number: _____ Birth Date: _____ Age: _____
Race: _____ Sex: _____
Parent/Guardian Name: _____ Daytime Phone: _____
Emergency Contact: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Family Income (yearly): \$ _____ Number of Family Members: _____
Serious Illnesses: _____
Medications Taken Regularly: _____

I have read and understand the health services offered at Abraham Lincoln High School (LHS) as described below. I understand that the services authorized by my signature on this form are simple, common or routine health care services but not limited to:

Diagnosis and treatment of minor and acute illness, first aid for minor injuries, physical examinations, general assistance and linkage to care related to chronic (ongoing) illnesses (e.g., asthma, diabetes), immunizations, TB test, Hemoglobin, vision, hearing and oral health (dental) screenings, behavioral health counseling services, prescription and over the counter medicine, diet and weight control programs/nutrition counseling, family planning information, health education sessions (e.g., individual and/or groups), and referrals for health care services which cannot be provided at the School Clinic such as laboratory and x-ray services.

Listed below are the services which I **DO NOT** want my child to receive from San Ysidro Health: _____

I understand that this consent covers only those services provided at the SYH School Based Health Center at LHS, and does not authorize services rendered at any other private or public facility.

I hereby authorize a physician and other professional staff to provide necessary and/or advisable treatment for my son/daughter. This student has my permission to receive all services offered on School grounds EXCEPT those which I have specifically identified above.

I understand that students are registered directly with the San Ysidro Health when receiving care on School grounds and this registration will also enable my son/daughter to be referred to a San Ysidro Health clinic for additional services not available at the school based health center, such as dental care.

Medical records will be kept in a confidential manner, however, I acknowledge that San Ysidro Health may release information regarding treatment to third party payers such as Medi-Cal, Healthy Families or insurance companies for the purpose of billing and for any reason in accordance with acceptable medical practice pursuant to law.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date: _____
Student's Signature: _____ Date: _____

If your child has Medi-Cal or Healthy Families, please complete the following information:

ID Number: _____ Enrollee Name: _____
Effective Date of Coverage: _____

If your child has private insurance, please complete the following information:

Name of Insurance: _____ Enrollee Name: _____
ID Number: _____ Effective Date of Coverage: _____

RETURN TO SCHOOL NURSE OFFICE

Centro de Salud de la Comunidad de San Ysidro
Clínica de Salud Estudiantil de la Preparatoria Abraham Lincoln
San Diego Unified School District
4777 Imperial Avenue
San Diego, California 92113
Teléfono (619) 266-6500

Consentimiento del Padre o Tutor Legal

Nombre del alumno: _____ Grado: _____
Domicilio: _____ Código Postal: _____
Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Raza: _____ Sexo: _____
Nombre de Padre o Tutor: _____ Teléfono: _____
Contacto de Emergencia: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____
Ingreso anual de su familia: \$ _____ ¿Número de personas en la familia? _____
Enfermedades serias: _____
Medicamento que toma regularmente: _____

He leído y entiendo la clase de servicios de salud ofrecidos en la Preparatoria Abraham Lincoln (LHS, por sus siglas en inglés) descritos abajo. Además tengo entendido que los servicios autorizados con mi firma en este formulario son sencillos, comunes o servicios de cuidado rutinario de la salud y no es limitada a:

Diagnostico y tratamiento de enfermedades agudas, primeros auxilios por heridas menores, examen físico, ayuda general y enlace a cuidado médico relacionado con enfermedades crónicas como asma, diabetes, vacunas, prueba de tuberculosis, hemoglobina, prueba general del oído y de la vista, y revisión dental, servicios de consejería de salud mental, receta para medicinas y medicamentos sobre el mostrador, programas de consejería para el control de peso y nutrición, información sobre planificación familiar, sesiones de educación para la salud (p.e., individuales y/o e grupos), referencias o recomendación para servicios de cuidados de salud que no se puedan proporcionar en la Clínica de la Escuela tal como servicios de laboratorio y rayos X.

Anote los servicios que NO DESEA que su hijo(a) reciba en la Clínica de la Escuela: _____

Entiendo que este consentimiento solo cubre los servicios proporcionados en la Clínica escolar LHS, y no autoriza servicios otorgados en ninguna otra instalación sea privada o pública.

Por consiguiente, autorizo que un médico u otro personal profesional provee el tratamiento necesario o recomendable a mi hijo(a). Este alumno(a) tiene mi autorización para recibir todos los servicios que ofrece la Clínica escolar EXCEPTO aquellos que específicamente excluí.

Se entiende que los estudiantes son registrados directamente con el San Ysidro Health al momento de recibir atención en la Clínica de la escuela. Si decidimos ir al San Ysidro Health, el registro ayudará a facilitar que el estudiante pueda recibir servicios adicionales que no están disponibles en la clínica de la escuela tal como servicios dentales.

Los expedientes médicos se guardarán en forma confidencial, sin embargo, reconozco que San Ysidro Health puede liberar información sobre tratamiento a terceros como Medi-Cal, Healthy Families o compañías de seguros con el propósito de cobrar o por cualquier razón de acuerdo y aceptable a la práctica medica de acuerdo a la ley.

Firma de los padres o tutor legal _____ Fecha: _____

Firma del alumno(a): _____ Fecha: _____

Si su hijo(a) tiene Medi-Cal o Healthy Families, favor de proveer la siguiente información:

Número de Identificación: _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Cobertura: _____

Si su hijo(a) tiene otro médico o seguro, favor de proveer la siguiente información:

Nombre del Médico/Seguro: _____ Nombre de Asegurado: _____

Número de Identificación: _____ Fecha de Cobertura: _____

REGRESE A LA OFICINA DE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

**San Ysidro Health Center Providing Primary Care Services
At
Abraham Lincoln High School**

PARENT/LEGAL GUARDIAN RELEASE AND WAIVER OF CLAIMS

I (Parent/Legal Guardian Name) CHRISTOPHER M. YOUNG, hereby release San Diego Unified School District (District) and waive any and all claims for injury, accident, illness, death, or property damage occurring by reason of the referral made by the District to the San Ysidro Health clinic located at Abraham Lincoln High School, except for claims based upon the fraud, willful injury to person or property, or violations of law by the District, its officers, employees and agents. I further agree to indemnify the District, its officers, employees and agents from and against any and all claims, demands, losses, or liabilities or any kind or nature I may have against the District, its officers, agents and employees, sustained as a result of, arising out of, or in any manner connected with the referral to a San Ysidro Health clinic, including but not limited to, acts of the physician or other practitioner. I understand that San Ysidro Health is not affiliated with the San Diego Unified School District even though the San Ysidro Health Center clinic is operated on the grounds of the Abraham Lincoln High School.

CHRISTOPHER M. YOUNG
Signature of Parent/Legal Guardian

11/22/2022
Date

RELEASE OF PUPIL RECORDS

I (Parent/Legal Guardian Name) CHRISTOPHER M. YOUNG hereby authorize the release of records maintained by the San Diego Unified School District pertaining to my child (Name of Student) CHRISTOPHER M. YOUNG to San Ysidro Health ("SYH") as requested by SYH for purposes of providing services at the SYH medical clinic located at Abraham Lincoln High School, or to any SYH medical clinic, provided that SYH maintains the confidentiality of those records and does not release them to third parties without my further written consent.

CHRISTOPHER M. YOUNG
Signature of Parent/Legal Guardian

11/22/2022
Date

RETURN TO SCHOOL NURSE OFFICE

