

MESH

(Mobile Expanded School Health)

Para: Padres/Tutores de Estudiantes de la Escuela Preparatoria

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

¿QUE ES LO QUE HACE MESH? MESH provee evaluaciones y tratamientos de enfermedades y heridas menores, físicos para deportes, algunas vacunas y exámenes de laboratorio. Hay medicamentos sin receta en la unidad de MESH para aliviar los síntomas y también se pueden dar recetas médicas. El consejero está disponible para hablar con los estudiantes cuando sea necesario. Todos los servicios en MESH son gratis para los estudiantes, excepto los físicos para deportes. Que cuestan \$20.00. MESH factura a Medicaid, Health Choice y algunos otros seguros médicos. MESH es para todos los estudiantes sin importar si tienen un seguro médico.

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

¿CUANDO ESTA MESH EN LA ESCUELA?

- Lunes 9:00am-3:00pm- "Wilkes Central"
- Martes 9:00am-3:00pm-"West wilkes"
- Miercoles 9:00am-3:00pm-"North Wilkes"
- Jueves 9:00am-3:00pm-"East Wilkes "
- Viernes- 9:00 am-1:00pm- "Early College" (viernes selectos)

¿COMO UN ESTUDIANTES PUEDEN SER VISTOS EN MESH?

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

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

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



Dr. Jason Stopyra-Medical Director, Centro de Salud de Wilkes Y Servicios de MESH.

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

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

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

Yo concedo permiso a mi hijo(a) o a mí mismo, para ser inscrito en el programa de MESH y doy consentimiento para recibir servicios relacionados con la salud, los cuales pueden incluir exámenes, inmunizaciones, exámenes de salud, prueba de diagnóstico limitado (ejemplo. culturas de la garganta, análisis de sangre, COVID -19), educación, consejería, citas hechas con otros médicos y administración o prescripción de medicamentos necesarios.

Entiendo que el archivo médico es propiedad del departamento de salud y la información en el será confidencial en acuerdo con la ley del estado. Yo doy permiso al departamento de salud de cobrar a la compañía de mi seguro médico escrita en esta forma. Entiendo que cualquier servicio facturado por agencias externas (por ejemplo, LabCorp) será mi responsabilidad.

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

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

Yo entiendo que bajo la ley del Estado de Carolina del Norte un menor de edad (menor de 18 años) podrá recibir tratamiento y/o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo, abuso de drogas y salud mental. NO SE DARA NINGUN METODO ANTINCONCEPTIVO NI REFERENCIAS PARA ABORTOS (Servicios permitidos bajo G.S.90.215 (a) solamente)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____ FECHA _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____ FECHA _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

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

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

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____ Seguro Social _____

¿Quién es el doctor del estudiante? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Madre: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre de la compañía donde trabaja _____ Teléfono del Trabajo _____

Padre: Apellidos _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre de la compañía donde trabaja _____ Teléfono del Trabajo _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICO

¿Tiene seguro médico? Sí _____ No _____ Ingreso mensual de su hogar _____

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

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

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

INFORMACIÓN DE MÉDICAID

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

Número de identificación _____ Fecha de certificación _____

NC Child Health Program - Cuestionario de Historial Medico

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



MESH (Mobile Expanded School Health)
Wilkes County Health Department
306 College Street, Wilkesboro, NC
28697
(336) 957-7043

Frequently Asked Questions regarding MESH for school year 2020-2021

1. Will MESH be at the high schools to offer services for the 2020-2021 school year?

Yes! Our schedule will not change from previous years.

Monday – Wilkes Central High School

Tuesday – West Wilkes High School

Wednesday – North Wilkes High School

Thursday – East Wilkes High School

Friday – Early College (2 times a month)

2. What services will be offered?

We plan to offer acute care visits, immunizations, labs, sports physicals and mental health services.

3. If our family chooses the Remote Learning option can we still utilize MESH?

Absolutely, you will just need to call the MESH unit at 336-957-7043 to get an appointment time to be seen.

4. If I am participating in the A/B plan and it is my child's remote day can we still utilize MESH?

Yes, we would just need you to call 336-957-7043 to get an appointment time.

5. How do I ensure my child can get services at any time?

Complete and return a consent to the office of your school. Medical services and mental health each have separate consents. These can be found on www.wilkeshealth.com

6. If I have additional questions who can I call?

MESH – 336-957-7043

Lindsey Roberts - 336-651-7469

-In collaboration with Wilkes County Schools, MESH is devoted to provide services that meets the needs of students enrolled in Wilkes County Schools.

“Wilkes Health has been in constant contact with local school officials to provide guidance as they move forward into the next school year. Ensuring the safety of our students and staff is the upmost priority when the doors open in August.” said Rachel Willard, Health Director