

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. Es un Servicio totalmente Gratuito.

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 9:00am-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.

Gracias por permitirnos servir a sus hijos.



Dr. Catherine Wallace y Dr. Alicia Firestone- Director Médicos y Departamento de Salud Condado de Wilkes.

3/20/2025 NW

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

Para asistencia en Horario Extendido, favor de llamar 336-651-7450

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 unidad MESH.

Yo entiendo que al firmar este consentimiento cubrirá todos los años de la escuela secundaria, pero puede ser revocado notificando por escrito a la escuela o al personal de MESH.

He dado mi número de Seguro Social voluntariamente. Wilkes Health puede utilizarlo con propósitos de identificación, reclamaciones de seguro médico, facturación y cobros, y cumplimiento con leyes federales y estatales.

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 _____ Nombre(s) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Raza _____ Sexo _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Grado _____ #SS _____

Doctor Primario _____ Dentista _____

INFORMACIÓN PARENTAL/ GUARDIAN/TUTOR

Madre: Apellidos _____ Nombre(s) _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo _____ Celular _____

Padre: Apellidos _____ Nombre(s) _____ Fecha de Nacimiento _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono de Trabajo _____ Celular _____

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro médico? SÍ _____ NO _____ Ingreso mensual de 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 MEDICAID

Medicaid: Sí _____ No _____ Nombre en el Medicaid: Apellidos _____ Primer 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/ Sople 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: Perdida 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:	

2025-2026 año escolar:

****No es necesario completar este formulario si no desea servicios de salud conductual para su hijo***

Estimados padres y cuidadores,

Me gustaría aprovechar esta oportunidad para proporcionar información sobre los servicios de salud mental proporcionados a través de la unidad MESH (Salud Escolar Ampliada Móvil) como parte del Departamento de Salud del Condado de Wilkes. No hay costos de bolsillo para las familias. Si su hijo tiene seguro, le pedimos esa información para facturar los servicios, ya que todos los copagos están cubiertos por este programa. Si desea que su hijo reciba asesoramiento en el entorno escolar o de forma remota, complete la página posterior (formulario de consentimiento) y entréguela en la escuela de su estudiante

Si completa este consentimiento y su hijo no desea recibir servicios, no proporcionaremos servicios, pero haremos todo lo posible por presentar nuestros servicios de manera útil y de apoyo para los estudiantes referidos. La unidad MESH realizará una visita de seguimiento básica que incluirá evaluaciones para el tabaquismo, la depresión, el asesoramiento sobre ejercicio, el asesoramiento dietético y la vigilancia.

Brindaremos servicios de salud mental para abordar los siguientes problemas:

Enojo/comportamiento agresivo
Depresión
Ansiedad
Comportamiento disruptivo en la clase
Duelo y pérdida
Familia
Rendimiento escolar
Trastornos por consumo de sustancias

Al reunirnos con su hijo, si consideramos que se necesitan servicios más intensos, también podemos derivarlos a la atención en la oficina. Las oficinas están ubicadas en Wilkesboro, Jonesville, Jefferson o Yadkinville. Si cree que podemos satisfacer las necesidades de sus estudiantes, no dude en comunicarse con nosotros.

Con respeto,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Jodi Province".

Jodi Province
Consejero Clínico de Salud Mental con Licencia
Terapeuta Certificado en Trauma

www.jodiprovincecs.com
jodi.province@gmail.com

FECHA: _____ (Uso exclusivo de la oficina: Proveedor: _____)

NOMBRE: _____
PRIMERO INICIAL DEL SEGUNDO ÚLTIMO

DIRECCIÓN: _____
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ RAZA _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

TUTOR LEGAL/RELACIÓN _____

ESCUELA _____ GRADO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA/TELÉFONO _____

MÉDICO DE CABECERA/TELÉFONO _____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

ALERGIAS _____

NATURALEZA DE LA PREOCUPACIÓN QUE REQUIERE

ASESORAMIENTO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

¿Tiene seguro? SI: _____ NO: _____ Ingresos mensuales del hogar: _____

Nombre de la compañía de seguros _____ Número de póliza _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

SS# _____ Sexo _____ Raza _____ Número de grupo _____

¿Tiene su hijo Medicaid? _____

En caso afirmativo, proporcione el Medicaid#: _____

Doy mi consentimiento para que _____ (nombre del menor) pueda ser tratado como un cliente a través de la unidad MESH con Jodi Province Counseling Services, PLLC. Tenga en cuenta que la ley puede otorgar a los padres/tutores el derecho de examinar los registros de tratamiento. Es nuestra política proporcionar a los padres/tutores acceso a la información sobre el tratamiento. Sin embargo, también pedimos a los padres/tutores que confíen en nosotros y nos permitan mantener la confidencialidad sobre información específica, y les proporcionaremos información general sobre las sesiones de tratamiento. Pedimos su cooperación para brindar el tratamiento más oportuno para su hijo. Soy consciente de que mi hijo dará su consentimiento al terapeuta para hablar con la escuela según sea necesario para la continuidad del cuidado. Acepto el consentimiento informado y los derechos del cliente de Jodi Province Counseling Services, PLLC, que se encuentra en www.jodiprovincecs.com, incluyendo la política de asesoramiento a distancia.

Firma del Guardián

Fecha