



Jordan Health at Padilla is a School Based Health Center offered at The Franklin Campus. It is available to all students that attend the Campus. Attached is an enrollment form and family demographic data sheet to be complete by a **parent** or **legal guardian** and returned to school with your child. If you are the **legal guardian** please send in a copy of the legal paperwork signed by a judge along with completed forms. We will need these before we can provide services to your child.

We have a Licensed Nurse Practitioner on site that can attend to the medical needs of your child, as well as collaborate care with the students Primary Care Provider. If the student does not have a Primary Care Provider, the Licensed Nurse Practitioner at the SBHC can serve as the students Primary Care Provider. In the event the Provider at the SBHC is not available, Anthony L. Jordan has several locations where the student's medical needs can be met. If there is an emergency please call (585)324-3726. ***All services are offered at no out of pocket cost to you.*** We do bill insurance and if your child is uninsured and you are interested in signing up for insurance, **please contact us at (585)324-3726.**

Services Offered:

Physicals
Sick Child Visits
Medication prescriptions and refills
(Restrictions apply)
Immunizations
Family planning services
Mental Health Counseling (by referral)

*****Please make sure forms are completely filled out and signed*****

Completed forms can be returned by **mail, fax or email** to:

By Mail

Padilla Campus
Room 241
950 Norton Street
Rochester, New York 14621
(585)324-3726

Faxed

(585) 336-5525

Email

FranklinSBHC@jordanhealth.org



950 Norton St. Rochester, NY 14621 - 585-324-3726

School based Health Services

I consent for my child to receive health care services provided by the Jordan Health staff as part of the School Based Health Clinic (SBHC) program approved by the New York State Department of Health. I understand that confidentiality between the student and the health provider will be ensured in specific service areas in accordance with the law, and that students will be encouraged to involve their parents or guardians in counseling and medical care decisions. SBHC services may include, but are not limited to:

1. Comprehensive physical examination (complete medical examination) including those for school, sports, working papers and new entrants.
2. Medically prescribed laboratory tests such as for anemia, sickle cell, and diabetes.
3. Medical care and treatment, including diagnosis of acute and chronic illness and disease, and dispensing and prescribing of medications.
4. Mental health services including evaluation, diagnosis and counseling referrals.
5. Reproductive health services, including contraception (birth control pills etc.) testing for pregnancy, STD screening and treatment, HIV testing, PAP smears and referrals for abnormal results as age appropriate.
6. Nutrition and weight counseling
7. Health education and counseling for the prevention of risk-taking behavior such as: drug, alcohol and smoking abuse, as well as education on abstinence and prevention of pregnancy, sexually transmitted infections and HIV as age appropriate.
8. Referrals for service not provided at the School based health Center.

Authorization for Release of Behavioral and/or Medical Information

My signature on the reverse side of this document authorizes the exchange of information between the SBHC and the Rochester City School District's School Nurse Office, and the teachers, administrators, counselors, and social workers at my student's school. I further authorize the exchange of medical information with other medical providers who have examined the student named on this form and our insurance provider. I understand that only information required by state law and/or information to protect the health and safety of the student will be disclosed to the Nurse's Office and only information needed to provide continuity of care will be exchanged with other health care offices.

Information required by RCSD may include but is not limited to:	Information to Protect Health and Safety may include but is not limited to:	Information to provide continuity of medical care may include but is not limited to:
• New entrant exams • Immunizations • Vision & hearing screening • Tuberculin Test results	• Conditions which may require emergency medical treatment • Conditions which limit a student's ability to perform at full potential • Diagnosis of certain communicable diseases (NOT including HIV infections/STI and other confidential services protected by law)	• Physical exams and immunizations • Illnesses including medications prescribed and results of any diagnostic testing • Results of monitoring done related to any acute or chronic health problems • Referrals made to outside specialists

*I understand that:

- I may cancel this authorization at any time by submitting a written request to the SBHC address above, except where a disclosure already made in reliance on my prior authorization
- If the person or facility receiving disclosed private health information is not a health care or medical insurance provider covered by privacy regulations, the information stated above could be re-disclosed.
- If the authorized information is protected by Federal Confidentiality Rules related to substance abuse, it may not be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations.
- Release of HIV related information requires additional authorization

Release of information is authorized **FROM:** The date this form is signed **TO:** The date student is no longer enrolled in SBHC

PLEASE BE SURE TO REVIEW BOTH SIDES OF THIS DOCUMENT

**Student Information:**

School: _____ Grade: _____

Last Name, First Name: _____ Date of Birth _____/_____/_____

Student Social Security Number _____/_____/_____ Male _____ Female _____ Transgender _____

Ethnicity: Latino _____ Black _____ White _____ Other _____ Hispanic: Yes: _____ No: _____

Student Lives With: Mother _____ Father _____ Other _____

Address: _____

Mothers Name: _____

Phone Number: _____ Work: _____

Fathers Name: _____

Phone Number: _____ Work: _____

Legal Guardian Information if different from parent:

Legal Guardian Name: _____

Address _____

Phone Number: _____ Work Number: _____

Insurance Information:

Insurance Company Name: _____

Insurance ID Number: _____ Medicaid CIN #: _____

Date of Last Complete Physical Examination: _____

Primary Doctor Information:

Doctor's Name: _____ Phone Number: _____

Address: _____

ALLERGIES: _____

PHARMACY: _____ Address _____

Phone _____

I have read and understand the services listed (SCHOOL BASED HEALTH SERVICES) and my signature below documents consent for my child to receive services provided by the SBHC at Padilla educational campus.

NOTE: By law, parental consent is not required for the conduct of mandated screenings, the application of first aid treatment, prenatal care, services related to sexual behavior and pregnancy prevention, and the provision of services where the health of the student appears endangered. Parental consent is not required for students who are 18 years or older or for students who are parents or otherwise legally able to sign on their own behalf.

My signature indicates I have received a copy of the Notice of Privacy practices.

I have read and understand the release of health information on the reverse side of this form and my signature indicates my consent to release of medical information as specified. This includes release to other doctors, and health insurance companies for billing as needed.

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Approved for: FP/MH _____ ALL _____

Practice Manager _____



Padilla School Based Health Center Release of Information

I _____, the parent or legal guardian of _____

(Parent/legal guardians name)

(Student's Name)

whose date of birth is _____, give my permission for _____

(Doctor's Name)

to share the all of the student's health records with Jordan Health at Padilla School Based Health Center. Please include the most recent physical examination and immunization records, and the following information if initialed:

_____ Mental Health
(Initials)

_____ HIV/AIDS
(Initials)

_____ Alcohol/Drug treatment
(Initials)

I am requesting these health records so Jordan Health can provide school based health care services to the student listed above.

My permission to share is valid for as long as the student is enrolled in the Jordan Health at Franklin School Based Health Clinic.

I understand that:

- I may cancel my permission at any time. I can do so by writing to: Practice Manager, Jordan Health at Franklin, 82 Holland Street, Rochester, NY 14605. If the health record has already been shared it may be too late to cancel my permission.
- Jordan Health at Franklin may share the health record as allowed by State and Federal law.
- If I have given permission to share mental health, HIV/AIDS, or alcohol/drug treatment records, Jordan Health at Franklin may not share that information without my permission unless permitted by State or Federal law.
- Giving my permission to share the student's health records is voluntary and that his or her treatment, payment or benefit eligibility is not conditional upon my permission. However, I understand that the student may be denied treatment in some cases if I do not sign this form.

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Patient Signature: _____

Date: _____

Parent/Guardian Name: _____

Patient Name: _____

Describe how this person has legal authority to sign this form: _____

I have given the parent/guardian a copy of this signed form: _____

Staff Member Signature and Date

To the practice receiving this authorization to release information: Please fax or mail to:

Jordan Health at Franklin

322 Lake Avenue

Rochester, NY 14608

Fax: 585-336-5525

Questions – please call 585-324-3726

Patient Data Form

This information is used to improve health outcomes and health center performance. If you need help with this form, please let us know. When you are finished, please give it back to the check-in staff.

Last Name:	First Name:	Middle Name:	Date of Birth:
Preferred Name:		Email Address:	
Pronouns: ☐ He/Him ☐ She/Her ☐ They/Them ☐ Other (please specify): _____ ☐ Choose not to answer			
1) What is your race (Please select/specify most accurate)?			
☐ African American or Black: ☐ African American ☐ African ☐ Black ☐ Dominican ☐ Jamaican ☐ Haitian ☐ Somali ☐ Specify: _____	☐ White/European ☐ White ☐ French ☐ German ☐ Italian ☐ Russian ☐ Ukrainian ☐ Specify: _____	☐ Native Hawaiian or Pacific Islander ☐ Chamorro ☐ Guamanian ☐ Native Hawaiian ☐ Samoan ☐ Specify: _____ ☐ Middle Eastern or North African ☐ Specify: _____	☐ Asian ☐ Chinese ☐ Vietnamese ☐ Asian Indian ☐ Nepali ☐ Specify: _____ ☐ American Indian or Indigenous peoples ☐ Specify: _____
2) What is your ethnicity? (Check all that apply) ☐ Not Hispanic ☐ Hispanic: ☐ Mexican, Mexican American, or Chicano ☐ Cuban ☐ Puerto Rican ☐ Hispanic, Spanish origin combined ☐ Other (please specify) _____			
3) What is your primary language (Spoken/Written)? ☐ English ☐ Spanish ☐ Arabic ☐ ASL ☐ Burmese ☐ Cantonese ☐ Chin ☐ Chinese ☐ Farsi ☐ French ☐ Hausa ☐ Hindu ☐ Italian ☐ Karen ☐ Kinyarwanda ☐ Kinyamulenge ☐ Kirundi ☐ Kiswahili ☐ Maay-Maay ☐ Mandarin ☐ Russian ☐ Somali ☐ Tigrinya ☐ Turkish ☐ Ukranian ☐ Vietnamese ☐ Other (please specify): _____			
4) Do you need an interpreter?	☐ Yes ☐ No		
5) Veteran Status- Currently serving or have served in the military?	☐ Yes ☐ No ☐ Choose not to answer ☐ Does not apply		
6) Are you a migrant worker or a dependent of a migrant worker?	☐ Yes ☐ No ☐ Choose not to answer		
7) Are you a seasonal worker or dependent on a seasonal worker?	☐ Yes ☐ No ☐ Choose not to answer		
8) Public Housing (includes agency-developed, owned, or assisted low-income housing, mixed-finance projects and section 8 housing vouchers):	☐ Yes ☐ No ☐ Choose not to answer		
9) Are you homeless?	☐ Yes ☐ No ☐ Choose not to answer		
10) If homeless, what are your living arrangements?	☐ Doubling up (living with others) ☐ Transitional ☐ Shelter ☐ Streets ☐ Other: _____		
11) Sexual Orientation (Do you think of yourself as):	☐ Straight/Heterosexual ☐ Lesbian, Gay or Homosexual ☐ Bisexual ☐ Something Else (e.g., Queer, Pansexual, Asexual) ☐ Don't Know ☐ Choose not to answer		
12) Gender Identity (Do you think of yourself as):	☐ Female ☐ Male ☐ Non-Binary ☐ Transgender Female/Trans Woman/ Male-to-female ☐ Transgender Male/Trans Man/Female-to-Man ☐ Other ☐ Choose not to answer		
13) The number of people in Household	#		
14) What is your Annual Income? Please check one ☐ \$0 - \$15,650 ☐ \$15,651-\$21,150 ☐ \$21,151-\$26,650 ☐ \$26,651-\$32,150 ☐ \$32,151-\$37,650 ☐ \$37,651-\$43,150 ☐ \$43,151-\$48,650 ☐ \$48,651-\$54,150 ☐ \$54,151 or greater			



CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA * CAMPUS EDUCATIVO PADILLA
950 Norton St. Rochester, NY 14621 - 585-324-3726

Servicios de salud en la escuela

Autorizo a mi hijo a recibir servicios de cuidado proporcionados por el personal de Jordan Health como parte del programa Clínica de Salud en la Escuela (SBHC, por sus siglas en inglés) aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Comprendo que la confidencialidad entre el estudiante y el proveedor médico estará garantizada en áreas de servicios específicos de acuerdo con la ley, y que se incentivará a los estudiantes a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de asesoramiento y atención médica. Los servicios de SBHC pueden incluir, a título enunciativo:

1. Examen físico íntegro (examen médico completo) incluidos los exámenes para la escuela, deportes, papeles de trabajo y nuevos ingresantes.
2. Análisis de laboratorio con prescripción médica, tales como anemia, célula falciforme, y diabetes.
3. Atención y tratamiento médico, incluidos diagnóstico de enfermedades severas y crónicas, y expendio y prescripción de medicamentos.
4. Servicios de salud mental, incluidos evaluación, diagnóstico y derivaciones para asesoramiento.
5. Servicios de salud reproductiva, incluidos anticoncepción (píldoras anticonceptivas, etc.), pruebas de embarazo, análisis y tratamiento de ETS, análisis de VIH, PAP y derivaciones por resultados anormales según corresponda para la edad.
6. Nutrición y asesoramiento sobre peso
7. Educación para la salud y asesoramiento para la prevención de conductas que implican riesgos tales como: abuso de drogas, alcohol y tabaco, como también educación sobre abstinencia y prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual y VIH según corresponda para la edad.
8. Derivaciones para servicios no proporcionados por el Centro de salud en la escuela.

Autorización de divulgación de información conductual y/o médica

Mi firma en el dorso de este documento autoriza el intercambio de información entre SBHC y la Enfermería Escolar del Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y los maestros, administradores, consejeros, y trabajadores sociales de la escuela de mi hijo. Asimismo, autorizo el intercambio de información médica con otros proveedores médicos que hayan examinado al estudiante mencionado en este formulario y nuestro proveedor de seguro. Comprendo que solo la información requerida por la ley del estado y/o la información para proteger la salud y seguridad del estudiante será divulgada a la Enfermería y solo la información necesaria para proporcionar continuidad de atención será intercambiada con otras oficinas de atención médica.

La información requerida por RCSD puede incluir, a título enunciativo:	La información para proteger la salud y seguridad puede incluir, a título enunciativo:	La información para proporcionar continuidad de atención médica puede incluir, a título enunciativo:
• Exámenes de nuevos ingresantes • Inmunizaciones • Chequeo de visión y audición • Resultados de la prueba de tuberculina	• Afecciones que pueden requerir tratamiento médico de emergencia • Afecciones que limitan la capacidad de un estudiante para desempeñar todo su potencial • Diagnóstico de ciertas enfermedades transmisibles (NO incluye infecciones por VIH/ITS y otros servicios confidenciales protegidos por ley)	• Exámenes físicos e inmunizaciones • Enfermedades, incluidos medicamentos prescritos y resultados de cualquier prueba de diagnóstico • Resultados de controles realizados en relación con problemas médicos severos o crónicos • Derivaciones realizadas a especialistas externos

***Comprendo que:**

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento entregando un pedido escrito a la dirección de SBHC que se indica arriba, con excepción de las divulgaciones ya realizadas con mi autorización previa.
- Si la persona o institución que recibe la información médica privada divulgada no es un proveedor de atención médica o seguro médico cubierto por las normas de privacidad, la información que se indica arriba podría ser re-divulgada.
- Si la información autorizada se encuentra protegida por Normas Federales de Confidencialidad relacionadas con el abuso de sustancias, no podrá ser divulgada sin mi consentimiento escrito, salvo que las normas establezcan lo contrario.
- La divulgación de información sobre VIH requiere autorización adicional.

La divulgación de información queda autorizada **DESDE:** La fecha de firma de este formulario **HASTA:** La fecha en que el estudiante ya no esté inscrito en SBHC

NO OLVIDE REVISAR AMBOS LADOS DE ESTE DOCUMENTO



Información del estudiante:

Escuela: _____ **Grado:** _____

Apellido, nombre: _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____

Número de Seguro Social del estudiante ____ / ____ / ____ **Masculino** ____ **Femenino** ____ **Transgénero** ____

Etnia: Latino ____ Negro ____ Blanco ____ Otro ____ **Hispano:** Sí: ____ No: ____

El estudiante vive con: Madre ____ Padre ____ Otro ____

Habla a: _____

Nombre de la madre: _____

Número de teléfono: _____ **Trabajo:** _____

Nombre del Padre: _____

Número de teléfono: _____ **Trabajo:** _____

Información del tutor legal si es diferente de los padres:

Nombre del tutor legal: _____

Habla a _____

Número de teléfono: _____ **Número de trabajo:** _____

Información del seguro:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de identificación del seguro: _____ **No de CIN de Medicaid:** _____

Fecha del último examen físico completo: _____

Información del médico de cabecera:

Nombre del médico: _____ **Número de teléfono:** _____

Habla a: _____

ALERGIAS: _____

FARMACIA: _____ **Dirección** _____

He leído y comprendo los servicios indicados (SERVICIOS DE SALUD EN LA ESCUELA) y mi firma debajo documenta el consentimiento para que mi hijo reciba los servicios proporcionados por SBHC en el campus educativo Franklin. NOTA: Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para realizar chequeos obligatorios, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con conductas sexuales y prevención de embarazos, y la provisión de servicios cuando la salud del estudiante estuviese en riesgo. No se requiere el consentimiento de los padres para los estudiantes mayores de 18 años o para los estudiantes que son padres o legalmente capaces de firmar por propio derecho.

Mi firma indica que he recibido una copia de las prácticas de Notificación de Privacidad.

He leído y comprendo la divulgación de información médica del dorso de este formulario y mi firma indica mi consentimiento para divulgar información médica según lo especificado. Esto incluye la divulgación a otros médicos, y compañías aseguradoras de salud con fines de facturación según sea necesario.

Firma del Padre / Tuto _____ **Fecha:** _____

Approved for FP/MH _____ ALL _____

Practice Manager _____



Esta información se utiliza para mejorar los resultados de salud y el rendimiento del centro de salud. Si necesita ayuda con este formulario, infórmenos. Cuando haya terminado, devuélvaselo al personal de registro.

Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido:		Correo electrónico:	
Pronombres: ☐ Él/Él ☐ Ella/Ella ☐ Ellos/Elos ☐ Otro (por favor especifique): _____ ☐ Elijo no responder			
1) ¿Cuál es su raza (seleccione/especifique la más precisa)?			
☐ Afroamericana o negra: ☐ Afroamericana ☐ Africana ☐ Negra ☐ Dominicana ☐ Jamaicana ☐ Haitiana ☐ Somalí ☐ Especifique: _____	☐ Blanca/europea ☐ Blanca ☐ Francesa ☐ Alemana ☐ Italiana ☐ Rusa ☐ Ucraniana ☐ Especifique: _____	☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Chamorra ☐ Guameña ☐ Nativa de Hawái ☐ Samoana ☐ Especifique: _____ ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Especifique: _____	☐ Asiática ☐ China ☐ Vietnamita ☐ India asiática ☐ Nepalí ☐ Especifique: _____ ☐ India americana o pueblos indígenas ☐ Especifique: _____
2) ¿Cuál es su origen étnico? (Marque todas las opciones que correspondan) ☐ No hispano			
☐ Hispano: ☐ Mexicano, mexicano-estadounidense o chicano ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Combinación de origen hispano y español ☐ Otro (especifique): _____			
3) ¿Cuál es su idioma principal (hablado/escrito)?			
☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ ASL ☐ Birmano ☐ Cantonés ☐ Chin ☐ Chino ☐ Farsi ☐ Francés ☐ Hausa ☐ Hindú ☐ Italiano ☐ Karen ☐ Kinyarwanda ☐ Kinyamulenge ☐ Kirundi ☐ Kiswahili ☐ Maay-Maay ☐ Mandarín ☐ Ruso ☐ Somalí ☐ Tigrina ☐ Turco ☐ Ucraniano ☐ Vietnamita ☐ Otro(especifique): _____			
4) ¿Necesita un intérprete?		☐ Sí ☐ No	
5) Estado de veterano: ¿Actualmente sirve o ha servido en el ejército?		☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde ☐ Elijo no contestar	
6) ¿Es usted un trabajador migrante o dependiente de un trabajador migrante?		☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no contestar	
7) ¿Es un trabajador de temporada o dependiente de un trabajador de temporada?		☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no contestar	
8) Vivienda pública (incluye viviendas para personas de bajos ingresos desarrolladas, propias o asistidas por agencias, proyectos de financiación mixta y vales de vivienda de la sección 8):		☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no contestar	
9) ¿Estás sin hogar?		☐ Sí ☐ No	
10) Si no tiene hogar, ¿cómo vive?		☐ Vivo con otras personas ☐ Transicional ☐ Refugio ☐ Calles ☐ Otro: _____	
11) Orientación sexual (¿Se considera una persona?):		☐ Heterosexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Bisexual ☐ Otra cosa (por ejemplo, queer, pansexual, asexual) ☐ No sé ☐ Elijo no contestar	
12) Identidad de género (¿Se considera una persona?):		☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Transgénero(hombre a mujer)Mujer trans ☐ Transgénero(mujer a hombre)Hombre trans ☐ Otro ☐ Elijo no contestar	
13) Número de personas en el hogar		#	
14) ¿Cuál es su ingreso anual? Marque una opción			
☐ \$0 - \$15 650 ☐ \$15 651-\$21 150 ☐ \$21 151-\$26 650 ☐ \$26 651-\$32 150 ☐ \$32 151-\$37 650 ☐ \$37 651-\$43 150 ☐ \$43 151-\$48 650 ☐ \$48 651-\$54 150 ☐ \$54 151 o más			