



**School Based Health Services Enrollment and Consent Form
2021-22
Enrollment is OPTIONAL**

School Name
Student #
Last Name, First Name
Teacher Name (Room #)

Student Information		
Student Last Name (legal):	Student Number:	
First Name (legal):	Student Middle Name (full):	
Home Address:	City:	Zip:
Gender: M / F	Birth Date (mm/dd/yyyy): / /	
Grade:	Name of School Attending:	
Parent/Guardian		
Parent Last Name (legal):	Parent First Name (legal):	
Parent Middle Name (full):	Parent Birthdate (mm/dd/yyyy):	
Parent/Legal Guardian: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Relationship to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:
Email:	May we text your cell phone number? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Second Parent/Guardian		
Parent Last Name (legal):	Parent First Name (legal):	
Parent Middle Name (full):	Parent Birthdate (mm/dd/yyyy):	
Parent/Legal Guardian: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Relationship to Student:	
Home Phone:	Work Phone:	Cell Phone:
Email:	May we text your cell phone number? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
School Based Health Services		
<p>School-based health services (SBHS) will be available at your child's school or a nearby school. These services will be provided by OneWorld Community Health Centers (OWCHC), Charles Drew Health Center (CDHC), UNMC, Creighton University, Children's Hospital & Medical Center (Children's) or other contracted service providers. The school nurse will coordinate care with the school-based health service providers once your child is enrolled.</p> <p>SBHS will coordinate care with your child's primary care provider, dentist, optometrist/ophthalmologist and/or behavioral health provider. If you have private health insurance or Medicaid, SBHS providers will bill your insurance carrier for services provided. If you do not have health insurance, the SBHS provider will assist families with enrollment in Medicaid, if eligible.</p>		
School Based Health Centers		
<p>School Based Health Centers (SBHC): ability to screen health status, test for, diagnose and treat common conditions, e.g., sore throats, minor injuries, headaches, immunizations, ear infections, and diseases such as hepatitis, tuberculosis and sexually transmitted diseases. Nebraska state law allows students to choose whether a parent will be notified of a student's care related to sexually transmitted infections. The SBHC will not provide emergency services. The SBHC may provide behavioral and/or psychiatric services and may also include the use of telehealth technology.</p> <p>To enroll your child in SBHC and allow OPS to give SBHC staff confidential information for diagnosis and treatment, a signed enrollment and consent form must be on file with OPS and the SBHC provider. The SBHC staff will attempt to contact you regarding your child's visit and services provided.</p> <p>By signing this enrollment and consent form, you consent to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I authorize OneWorld Community Health Center and Charles Drew Health Center to examine and treat my child with school-based health services, and I understand that no guarantee has been made as to the results of such examinations and treatments. • I authorize OPS staff, including the school nurse, and United Way of the Midlands on behalf of OPS, to release the following student information to the School Based Health Centers identified above so that they can provide services and conduct program evaluation: family and emergency contact information, state student number, attendance and disciplinary records, schedule, immunization history, results of health screenings such as hearing and vision, psychological evaluations, special education (IEP-MDT) records, Section 504 Accommodation Plan, and information regarding any health condition, such as seizures, allergies, concussions or asthma. 		
Dental Services		
<p>Dental Services: Where required by law, OPS provides dental screening services conducted by parties contracting with OPS. Services may include oral health education, screenings, fluoride varnish application, preventative care/cleaning, restorative/corrective care, and use of telehealth technology. OPS may provide dental screenings in addition to those required by law. By signing this consent form, you consent to the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I authorize UNMC, OWCHC, CDHC, Creighton and/or other contracted provider to examine and treat my child with dental screenings and follow-up treatment, and I understand that no guarantee has been made as to the results of such examinations and treatments. • I authorize OPS staff, including the school nurse, to release the following student information to the identified dental service providers so they can provide services and conduct program evaluation: family contact information, state student number, schedule, and results of dental screenings. 		
Vision Services		
<p>Vision Services: Where required by law, OPS provides vision screening services conducted by parties contracting with OPS. OPS may provide vision screening services in addition to those required by law. Services may include screening, examination, treatment and/or corrections such as eyeglasses, and may include telehealth. By signing this consent form, you consent the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I authorize Children's and/or other contracted provider to examine and treat my child with vision screenings (where OPS is not required by law to provide the screenings) and exams, and I understand that no guarantee has been made as to the results of such examinations and treatments. • I authorize OPS including the school nurse, to release the following student information to the identified vision service providers so they can provide services and conduct program evaluation: family contact information, state student number, schedule, and results of vision screenings and exams. 		
<p>This authorization expires when my child leaves OPS or graduates. I understand that I may revoke this authorization at any time by submitting a letter to the Omaha Public Schools, Student Information Services, 3215 Cumming Street, Omaha, NE 68131-2024 or by checking the box to revoke below.</p>		
School Based Health Centers	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	I authorize OneWorld Community Health Center and Charles Drew Health Center to examine and treat my child as described above. I further authorize OPS to release information as described above.
Dental Services	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	I authorize my child to receive dental services through UNMC, OWCHC, CDHC and/or Creighton. I further authorize OPS to release information as described above.
Vision Services	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	I authorize my child to receive vision services through Children's and/or other contracted service providers as described above. I further authorize OPS to release information as described above.
Parent/Guardian Signature	Relationship to Child	Date

Omaha Public Schools does not discriminate on the basis of race, color, national origin, religion, sex (including pregnancy), marital status, sexual orientation, disability, age, genetic information, gender identity, gender expression, citizenship status, veteran status, political affiliation or economic status in its programs, activities and employment and provides equal access to the Boy Scouts and other designated youth groups. The following individual has been designated to accept allegations regarding non-discrimination policies: Superintendent of Schools, 3215 Cumming Street, Omaha, NE 68131 (531-299-9822). The following individual has been designated to handle inquiries regarding the non-discrimination policies: Director for the Office of Equity and Diversity, 3215 Cumming St, Omaha, NE 68131 (531-299-9765).

ESCUELAS PÚBLICAS DE OMAHA
Formulario de Inscripción y Consentimiento
Servicios de Salud basado en la Escuela
2021-22
La Inscripción es OPCIONAL

School Name
 Student #
 Last Name, First Name
 Teacher Name (Room #)



Información del Estudiante		
Apellido del Estudiante (legal):		Número de Estudiante:
Primer Nombre del Estudiante (legal):		Segundo Nombre del Estudiante (completo):
Dirección de la casa:		Ciudad: Código Postal:
Sexo:		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Grado:		Nombre de la Escuela que Asiste:
Padre/Madre/Tutor		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):		Primer Nombre (legal):
Segundo Nombre (completo):		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Padre/Madre/Tutor Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación con el Estudiante:
Teléfono de Casa:		Teléfono del Trabajo: Teléfono Celular:
Correo electrónico:		¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padre/Madre/Tutor		
Apellido del Padre/Madre/Tutor (legal):		Primer Nombre (legal):
Segundo Nombre (completo):		Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
Padre/Madre/Tutor Legal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Relación con el Estudiante:
Teléfono de Casa:		Teléfono del Trabajo: Teléfono Celular:
Correo electrónico:		¿Podemos enviarle mensajes de texto a su número? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios de Salud basados en la Escuela		
<p>Los servicios de salud basados en la escuela (siglas en inglés SBHS) estarán disponibles en la escuela de su hijo o en una escuela cercana. Estos servicios serán provistos por los Centros de Salud Comunitarios OneWorld (siglas en inglés OWCHC), el Centro de Salud Charles Drew (siglas en inglés CDHC), UNMC, Universidad Creighton (Creighton), Hospital de Niños & Centro Médico (Children's) u otros proveedores de servicios contratados. La enfermera de la escuela coordinará el cuidado con los proveedores de servicio de salud ya que su hijo sea inscrito.</p> <p>SBHS coordinará el cuidado con el proveedor principal del cuidado de su hijo, dentista, optometrista/oftalmólogo y/o proveedor de salud de conducta. Si usted tiene un seguro de médico privado o Medicaid, los proveedores de SBHS enviarán la factura a su seguro por los servicios provistos. Si usted no tiene seguro médico, SBHS ayudará a las familias con la inscripción a Medicaid, si es elegible.</p>		
Centros de Salud basados en la Escuela		
<p>Centros de Salud basados en la Escuela (siglas en inglés SBHC): tienen la habilidad de evaluar el estado de salud, examinar, diagnosticar y tratar condiciones comunes, ej. Dolores de garganta, lesiones menores, dolores de cabeza, vacunas, infecciones de oídos, y enfermedades tales como el hepatitis, tuberculosis y enfermedades transmitidas sexualmente. La ley del estado de Nebraska permite a los estudiantes a escoger ya sea que un padre sea notificado del cuidado relacionado a infecciones transmitidas sexualmente. El SBHC no proveerá servicios de emergencia. El SBHC podrá proveer servicios de conducta y psiquiátricos y puede también incluir el uso de tecnología de tele salud.</p> <p>Para inscribir a su hijo en SBHC y permitir a OPS a proveer información confidencial al personal de SBHC para el diagnóstico y tratamiento debemos tener en nuestros expedientes de OPS y del proveedor SBHC un formulario de inscripción y consentimiento firmado. El personal de SBHC tratará de contactarlo a usted referente a la visita y los servicios provistos a su estudiante. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da el consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo autorizo al Centro de Salud Comunitario OneWorld y/o al Centro de Salud Charles Drew, para examinar y tratar a mi hijo con los servicios de salud basados en la escuela y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tales exámenes y tratamientos. Yo autorizo al personal de OPS, incluyendo a la enfermera escolar, el "United Way of the Midlands" de parte de OPS, a liberar la siguiente información del estudiante al SBHC identificados anteriormente para que provean servicios y lleven a cabo una evaluación del programa: Información de contactos de familia y de emergencia, número del estado del estudiante, asistencia y récords de disciplina, horarios, historial de vacunas, resultados de evaluaciones de salud tales como de audición y visión, evaluaciones psicológicas, récords de educación especial (IEP-MDT), Sección 504 del Plan de Adaptación, e información concerniente a la condición de salud tal como convulsiones, alergias, conmoción cerebral y asma. 		
Servicios Dentales		
<p>Servicios Dentales: Donde sea requerido por la ley, OPS provee servicios de evaluación dentales conducidos por contratistas por OPS. Los servicios pueden incluir educación de salud oral, evaluaciones, aplicación de barniz de fluoruro, limpieza/cuidado preventivo, cuidado restaurativo/correctivo, y uso de tecnología de tele salud. OPS puede proveer evaluación dental junto con lo requerido por la ley. Al firmar este formulario de inscripción y consentimiento, usted da consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo autorizo a UNMC, OWCHC, CDHC, Creighton, y/u otros proveedores contratistas para evaluar y tratar a mi hijo con exámenes dentales y evaluaciones de tratamiento de continuación y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tal examinación y tratamiento. Yo autorizo al personal de OPS, incluyendo la enfermera escolar, para liberar la siguiente información estudiantil a los proveedores de servicio dentales identificados y para conducir la evaluación del programa, número de estudiante estatal y resultados de evaluaciones y tratamientos dentales. 		
Servicio de Visión		
<p>Servicios de Visión: Donde sea requerido por la ley, OPS provee servicios de evaluación de la visión conducidos por partes contratados con OPS. OPS puede proveer servicios de evaluación de visión adjunto a aquellos requeridos por la ley. Los servicios pueden incluir evaluaciones, exámenes, tratamientos y/o correcciones tales como lentes y puede incluir tele salud. Al firmar este formulario, usted da el consentimiento a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo autorizo a Children's y/u otros proveedores contratados para examinar y tratar mi hijo con evaluaciones de visión (donde OPS no está requerido por ley a proveer las evaluaciones) y exámenes, y entiendo que no se ha hecho ninguna garantía de los resultados de tal examinación y tratamientos. Yo autorizo al personal de OPS, incluyendo la enfermera escolar, para liberar la siguiente información estudiantil a los proveedores de servicios de visión identificados y para conducir la evaluación del programa, información de contacto de la familia, número de estudiante estatal y resultados de evaluaciones y tratamientos de visión. 		
<p>Esta autorización expira cuando el niño dejó OPS o se graduó. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al entregar una carta para la Escuela Pública de Omaha, Servicios de Información Estudiantil, 3215 Cuming Street, Omaha, NE 68131-2024 o al marcar la casilla para revocar abajo.</p>		
<p>Centro de Salud Basado en la Escuela <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	Yo autorizo a Centro Comunitario OneWorld y Charles Drew a examinar y tratar a mi hijo como se describe arriba. Yo autorizo a OPS a liberar la información como se describe arriba.	
<p>Servicios Dental <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	Yo autorizo a mi hijo a recibir servicios dentales a través de UNMC, OWCHC, CDHC y/o Creighton. Yo autorizo a OPS a liberar la información como se describe arriba.	
<p>Servicios de Visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	Yo autorizo a mi hijo a recibir servicios de visión a través de Children's y/u otros proveedores de servicios contratados como se menciona arriba. Yo autorizo a OPS a liberar la información como se describe arriba.	
Firma del padre/tutor	Relación con los hijos	Fecha

Las Escuelas Públicas de Omaha no discriminan fundamentado en la raza, color, origen nacional, religión, sexo (incluyendo embarazo), estado civil, orientación sexual, discapacidad, edad, información genética, identidad de género, expresión de género, estatus migratorio, estatus de veterano, afiliación política o estatus económico en sus programas, actividades y empleo, y proporciona acceso equitativo a los "Boy Scouts" y a otros grupos juveniles designados. Las siguientes personas han sido designadas para aceptar cualquier queja en relación a las políticas de no discriminación: El Superintendente de las Escuelas, 3215 Cuming Street, Omaha, NE, 68131 (531-299-9823). La siguiente persona ha sido asignado para manejar quejas referentes a las políticas de no discriminación: El Director para la Oficina de Equidad y Diversidad, 3215 Cuming St, Omaha, NE 68131 (531-299-0307).