



Ya llegó el período de inscripción de SBHC 2026-2027!

Descripción General del Centro de Salud Escolar (SBHC) para Padres/Tutores

Boston Mountain Rural Health Center, Inc. (BMRHC) se complace en anunciar que nuevamente se ha asociado con el distrito escolar de su hijo(a) para brindar a los estudiantes y al personal docente atención médica de alta calidad y fácil acceso, con la comodidad de no tener que salir del campus! Los padres, tutores y miembros de la comunidad también están invitados a visitar el centro de salud para recibir atención médica.

El objetivo del Centro de Salud Escolar (School-Based Health Center, SBHC) de BMRHC es proporcionar atención médica primaria, preventiva y servicios de salud conductual a los estudiantes y al personal docente que estén inscritos en el SBHC. ¡Inscribirse es más fácil que nunca y es **GRATIS**!

Inscribir a su hijo(a) en el SBHC **no significa que esté cambiando a su proveedor de atención primaria (PCP)**; sin embargo, nuestro proveedor estará encantado de desempeñar esa función si así lo desea. En algunos casos, si su hijo(a) tiene Medicaid, es posible que necesitemos una referencia. La inscripción en el SBHC es **obligatoria** para que su hijo(a) pueda recibir atención en el Centro de Salud Escolar.

Cuando su hijo(a) se sienta enfermo(a), seguirá visitando a la enfermera de la escuela. La enfermera (o el Coordinador del SBHC) se comunicará con usted para preguntarle si desea que su hijo(a) sea atendido(a) en el SBHC. Si acepta, podrá participar en la consulta de forma virtual, sin necesidad de salir del trabajo o de su hogar.



Horario del Centro de Salud Escolar (SBHC):

Lunes a jueves: 7:45 a.m. – 5:15 p.m.

Viernes: 7:45 a.m. – 11:45 a.m.

Número de atención después del horario laboral:
870-448-7222

Costo:

- BMRHC acepta la mayoría de los seguros médicos!
- Hay un Programa de Descuento según los Ingresos (Sliding Fee Program) disponible, mediante el cual su hijo(a) puede recibir un examen médico completo por tan solo \$10, si reúne los requisitos.
- BMRHC también puede ponerlo(a) en contacto con alguien que le ayude a inscribirse a usted o a su hijo(a) en un seguro médico gratuito o de bajo costo.

Formulario de inscripción para el centro de salud escolar – 2026-2027

Escanee el código QR para obtener una versión digital que se puede completar y enviar electrónicamente.



BMRHC colabora con su distrito escolar para ofrecer servicios de atención médica a los estudiantes. Para que su hijo reciba atención durante el año escolar 2026-2027, es necesario completar este formulario por cada niño y entregarlo a la escuela o al centro de salud escolar (SBHC).

Distrito escolar: _____ Campus: _____

Calificación: _____ Año previsto de graduación: _____

Nombre del estudiante (primero): _____ M. _____ Último: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Dirección del estudiante: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Estado: _____

☐ Sí! Inscripción previa: mi hijo(a) estuvo inscrito(a) en el Centro de Salud Escolar (SBHC) de BMRHC el año pasado. Autorizo a que mi hijo(a) (mencionado(a) arriba) reciba servicios de atención médica en el SBHC de BMRHC nuevamente durante el año escolar 2026–2027, y autorizo a BMRHC a compartir información que confirme la inscripción y participación de mi hijo(a) en el SBHC con el personal escolar designado, según sea necesario para los informes del programa, la coordinación de la atención y los servicios de salud relacionados con la escuela. Nota: Cualquier formulario que haya sido modificado por BMRHC desde la última vez que fue firmado por el padre, madre o tutor legal se enviará electrónicamente a dicha persona para que lo complete. Es posible que se soliciten actualizaciones adicionales según corresponda.

☐ Sí! Nuevo inscrito: Mi hijo no estaba inscrito anteriormente, pero deseo inscribirlo en el SBHC (2026-2027) para recibir servicios de atención médica y autorizo a BMRHC a compartir información que confirme la inscripción y participación de mi hijo en el SBHC con el personal escolar designado, según sea necesario para los informes del programa, la coordinación de la atención y los servicios de salud relacionados con la escuela. - Nota: Un miembro del personal del SBHC se pondrá en contacto con usted (padre, madre o tutor) para completar el proceso de inscripción inicial. Los formularios pueden enviarse electrónicamente para ser completados (también se puede solicitar la versión en papel).

IMPORTANTE: Aunque su hijo sea paciente de una clínica de BMRHC, debe estar específicamente "INSCRITO" en el SBHC para ser atendido en las instalaciones del SBHC sin su presencia (a su discreción).

☐ Sí. Como padre, madre o tutor legal, autorizo al personal escolar (coordinador del SBHC, enfermero/a u otro miembro del personal escolar designado) a trasladar o acompañar a pie al estudiante arriba mencionado hasta el SBHC (Nota: no se divulgará información ni se tratarán asuntos relacionados con la salud sin el consentimiento correspondiente). Solo para Huntsville: incluye el traslado a la clínica principal de BMRHC para la realización de radiografías, si fuera necesario.

Nombre del padre, madre o tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del padre, madre o tutor (celular): _____

(Su número de teléfono es importante para que se le puedan enviar por mensaje de texto los formularios necesarios) Marque la casilla correspondiente:

☐ Estoy firmando como el padre del estudiante

☐ Firmo en calidad de tutor legal del estudiante.

Por favor, seleccione la relación de tutela correspondiente.

☐ Abuela ☐ Abuela ☐ Hermano ☐ Hermana ☐ Tia ☐ Tio ☐ Otro: _____