



www.firsthandfoundation.org/healthekidsscreenings

May 12, 2016

Dear Parents or Guardians,

Our school is excited to offer **free**, comprehensive health screenings. The health of children is strongly linked to their academic success. Our school is pleased to partner with First Hand Foundation's Healthe Kids Screenings program to ensure your student is healthy and able to reach their full learning potential.

Academie Lafayette Oak is hosting screenings on March 6-9, 2017.

A professionally trained and experienced team, including Registered Nurses, will provide the following screenings:

- Temperature, height, weight, waist circumference and BMI percentile
- Vital signs (blood pressure, heart rate and respiratory rate)
- Vision (near and far)
- Hearing
- Head-to-toe screening (eyes, ears, nose, throat, teeth, neck, heart, lungs, stomach, reflexes, spine, skin and balance)

Why this is important for your child?

- Even for children who receive a yearly well-child exam, a child's health can change as they grow.
- Near vision and hearing screenings are typically not provided during an annual physical.
- Screenings are convenient—held during the school day and parental attendance is not required.
- At the completion of the screening, each participating child receives a goody bag, including a toothbrush and toothpaste.
- Healthe Kids Screenings supports the connection between your child's physical health and their education.

You will receive the results of the screening in a sealed envelope that will be sent home from school with your child. If a potential health issue is identified for your child, the letter will include a recommendation for further evaluation.

Parental permission is mandatory—please complete the attached forms and return them to me no later than February 20, 2017.

However, if this date has passed and the screenings have not yet been conducted, please return these forms and every attempt will be made to screen your child.

If you have any questions, please feel free to contact me at (816) 361-7735

Sincerely,

School Health Room

12 de mayo de 2016

Estimados padres o tutores,

Nuestra escuela se complace en ofrecer exámenes médicos completos de forma **gratuita**. El éxito académico de los niños se halla estrechamente ligado a su salud. A fin de garantizar que el estudiante goce de plena salud para el mayor aprovechamiento de su aprendizaje, nuestra escuela se complace en asociarse con el programa Exámenes médicos de Health Kids de la fundación First Hand Foundation.

Academie Lafayette Oak realizará los exámenes los días 6-9 de marzo de 2017.

Un equipo profesional y con experiencia, que incluirá a enfermeros titulados, realizará los siguientes exámenes médicos:

- Temperatura, altura, peso, perímetro abdominal y percentil de índice de masa corporal
- Constantes vitales (presión arterial y frecuencias cardíaca y respiratoria)
- Visión (hipermetropía y miopía)
- Audición
- Revisión integral (vista, oído, nariz, garganta, dental, cuello, corazón, pulmones, abdomen, reflejos, columna vertebral, piel y equilibrio)

¿Por qué es importante esto para su hijo(a)?

- El estado de salud de los niños puede cambiar a medida que crecen, incluso para aquellos que se someten exámenes médicos anuales rutinarios.
- Los exámenes de miopía y capacidad auditiva generalmente no se suelen realizar durante el examen médico anual.
- Los exámenes médicos son convenientes, pues se llevan a cabo durante el día en la escuela y no es necesario que se presenten los padres.
- Al completar el examen médico, cada niño que participe en el mismo recibirá una bolsa de obsequios que incluye un cepillo y pasta dentales.
- Los exámenes médicos de Health Kids son el eslabón entre la salud física de su hijo(a) y su educación.

Su hijo(a) llevará a casa los resultados del examen médico en un sobre sellado. Si se ha identificado un posible problema de salud para su hijo(a), la carta incluirá una recomendación para realizar una evaluación más detallada.

Es obligatorio contar con la autorización de los padres. Por favor, complete los formularios adjuntos y devuélvanoslos antes del 20 de febrero de 2017.

No obstante, si la fecha ha vencido y no se han realizado los exámenes médicos, devuélvanos estos formularios e intentaremos exhaustivamente llevar a cabo el examen médico para su hijo(a).

Si tiene preguntas, no dude en llamarme por teléfono (816) 361-7735

Atentamente,

El Departamento de salud de la escuela

FOR OFFICE USE ONLY

Date Scheduled: _____

Time: _____ Slot #: _____

Verified: _____

**FOR OFFICE USE ONLY**

Registered: _____ Scheduled: _____

Medical history: _____

Scanned: _____

PERMISSION FORM: A.L. OAK

I, _____, the parent or legal guardian of _____ (child's name), agree to allow him/her to participate in a voluntary health screening. The screening includes height, weight, waist circumference, temperature, BMI, vital signs (blood pressure, respiratory rate and heart rate), vision, hearing and a head-to-toe physical screening (including eyes, ears, nose, throat, teeth, neck, heart, lungs, stomach, reflexes, spine, skin and balance; with clothes on and excluding a genital exam) and is being sponsored by the Healthe Kids Institute ("Healthe Kids Screenings") at my child's school (the "school"). I understand that my child's relationship with the Healthe Kids Screenings team will be limited to the scope and duration of the health screening and will not constitute a provider-patient or other long-term relationship.

If my child needs immediate medical attention, Healthe Kids Screenings will notify the school's health room in compliance with school policy.

I understand that this program screens children—it is not a diagnosis; if the Healthe Kids Screenings team finds any abnormality or risk factor, my child may need further assistance. Following the completion of the health screening, a form with the summary results of the screening will be sent home with my child in a sealed envelope. A subsequent communication may be sent home with my child several weeks after the screening date if an abnormality or risk factor is identified. Healthe Kids Screenings may recommend that my child see his/her primary care provider based on the results of the screening report. The school's health room may contact me to assist with this referral process, confirm I have used a referral service, and obtain other relevant information related to my child's health screening. In addition, Healthe Kids Screenings may, working with the school's health room, rescreen my child at a later date if a potential health issue was identified during the initial screening.

I understand that the Healthe Kids Institute works closely with the First Hand Foundation and that the First Hand Foundation has a program in place to provide financial assistance for a child's medical care expenses if the child meets certain pre-established criteria. I give permission for the school's health room to contact the First Hand Foundation if my child meets the First Hand Foundation's criteria and my family may require financial assistance for a referral issue identified through the health screening. More information about Healthe Kids Screenings and the First Hand Foundation is available at www.firsthandfoundation.org/healthekidsscreenings.

Health screening results, along with any other health information provided by me, the school's health room personnel and other health care professionals aligned with the Healthe Kids Screenings network will be documented in a secure, web-accessible health record. I give permission to Healthe Kids Screenings to allow the school's health room personnel and health care professionals aligned with the Healthe Kids Screenings network ("Care Team") to access and make documentations in my child's secure, web-accessible health record. In addition, Healthe Kids Screenings participates in a Health Information Exchange program. The Care Team may provide health information about my child to this Health Information Exchange. The information in the Health Information Exchange is protected and can only be accessed for my child's treatment, payment associated with my child's treatment, and limited health care operations on a need-to-know basis by other health care providers who provide treatment to my child.

I GIVE HEALTHE KIDS SCREENINGS PERMISSION TO USE MY CHILD'S DE-IDENTIFIED DATA—DATA FROM WHICH ALL PERSONALLY IDENTIFIABLE INFORMATION HAS BEEN REMOVED—TO ANALYZE TRENDS AND CREATE REPORTS FOR RESEARCH, PUBLICATIONS AND OTHER HEALTH PURPOSES.

Except as outlined in this authorization, my child's health record will be kept confidential.

By signing below, I affirm that I have read, understand and agree to the contents of this form. I agree that this authorization shall be valid until rescinded in writing or replaced by a subsequent form signed on a later date. This consent is valid for up to one year. I understand I may revoke or withdraw this consent at any time prior to the screening.

Child's name

Printed name of parent/legal guardian

Child's date of birth (Month, Day, Year)

Signature of parent/legal guardian

Child's gender (circle one): Male Female

Parent/legal guardian's relationship to child

Teacher's name

Child's grade

Date signed

FOR OFFICE USE ONLY

Date Scheduled: _____

Time: _____ Slot #: _____

Verified: _____

**FOR OFFICE USE ONLY**

Registered: _____ Scheduled: _____

Medical history: _____

Scanned: _____

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN: A.L. OAK

Yo, _____, el padre o tutor legal de _____ (nombre del niño(a)), le autorizo a participar en un examen médico voluntario. El examen incluye altura, peso, perímetro abdominal, temperatura, índice de masa corporal, constantes vitales (presión arterial, frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca), visión, audición y una evaluación física completa (que incluye vista, oído, nariz, garganta, dental, cuello, corazón, pulmones, abdomen, reflejos, columna vertebral, piel y equilibrio; con la ropa puesta y sin examen genital) el que está patrocinado por el Health Kids Institute ("Exámenes médicos de Health Kids") en la escuela de mi hijo(a) (la "escuela"). Entiendo que la relación de mi hijo(a) con el equipo de Exámenes médicos de Health Kids estará limitada al ámbito y duración del examen de salud y no constituirá una relación doctor-paciente ni otra relación a largo plazo.

Si mi hijo(a) necesita atención médica inmediata, Exámenes médicos de Health Kids lo notificará al departamento de salud de la escuela, de acuerdo con la política de la misma.

Entiendo que este programa realiza exámenes médicos para niños y que no proporciona diagnósticos; si el equipo de Exámenes médicos de Health Kids encuentra alguna anomalía o factor de riesgo, es posible que mi hijo(a) necesite asistencia adicional. Después de finalizar el examen médico, mi hijo(a) llevará a casa el resumen de resultados del examen en un sobre sellado. Es posible que envíen con mi hijo(a) a casa un comunicado varias semanas después de la fecha del examen médico si se ha identificado una anomalía o factor de riesgo. Según los resultados del informe del examen médico, Exámenes médicos de Health Kids puede recomendar que el menor sea visto por su profesional asistencial de atención primaria. El centro de salud de la escuela puede ponerse en contacto conmigo para proporcionar asistencia durante el proceso de derivación, confirmar que he utilizado un servicio de derivación y obtener otra información relevante relacionada con el examen médico de mi hijo(a). Además, Exámenes médicos de Health Kids podría, en colaboración con el centro de salud de la escuela, volver a examinar a mi hijo(a) en una fecha posterior si se identificara un posible problema de salud durante el examen médico inicial.

Entiendo que el Health Kids Institute colabora estrechamente con la fundación First Hand Foundation, que ha implementado un programa que ofrece ayudas económicas para cubrir los gastos médicos del niño(a) cuando éste(a) cumple determinados criterios predeterminados. Autorizo al centro de salud de la escuela a ponerse en contacto con la fundación First Hand Foundation en caso de que necesite ayuda económica para un problema de derivación identificado en el examen médico si mi hijo(a) cumple con los criterios establecidos por dicha fundación. Encontrará más información disponible acerca de Exámenes médicos de Health Kids y de la fundación First Hand Foundation en la página Web www.firsthandfoundation.org/healthekidsscreening.

Los resultados del examen médico, junto con cualquier otra información de salud proporcionada por mí, el personal del centro de salud de la escuela y otros profesionales de la atención a la salud alineados con la red Exámenes médicos de Health Kids, se documentarán en una historia clínica segura y accesible por la Web. Autorizo a Exámenes médicos de Health Kids a permitir al personal del centro de salud de la escuela y a los profesionales de la atención a la salud alineados con la red Exámenes médicos de Health Kids, ("Equipo de atención") a acceder y realizar documentaciones en la historia clínica, segura y accesible por la Web, de mi hijo(a). Además Exámenes médicos de Health Kids funge como participante en un Programa de intercambio de información. El Equipo de atención podrá proporcionar información de la salud de mi hijo(a) al Programa de intercambio de información. La información del Programa de intercambio de información está protegida y solo se puede acceder a ella con fines de tratamiento, para pagos asociados con el tratamiento de mi hijo(a) y para realizar operaciones limitadas de atención a la salud que necesiten conocer otros profesionales asistenciales que están tratando a mi hijo(a).

AUTORIZO A EXÁMENES DE HEALTHE KIDS A UTILIZAR LOS DATOS NO IDENTIFICADOS (DATOS A LOS QUE SE LES HA QUITADO TODA LA INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE) DE MI HIJO(A) PARA ANALIZAR TENDENCIAS Y CREAR INFORMES PARA INVESTIGACIÓN, PUBLICACIONES Y OTROS OBJETIVOS DE SALUD. Se mantendrá la confidencialidad de la historia clínica de mi hijo(a), excepto en los casos indicados en esta autorización.

Al firmar al pie confirmo que he leído, entendido y aceptado el contenido de este formulario. Acepto que esta autorización será válida hasta que se rescinda por escrito o se sustituya por otro formulario con fecha posterior. Este consentimiento será válido hasta por un año. Entiendo que puedo revocar o retirar este consentimiento en cualquier momento antes de que se realice el examen médico.

Nombre del menor

Fecha de nacimiento del menor (mes, año, día)

Sexo del menor (encierre en un círculo): Hombre. Mujer

Nombre del (la) maestro(a) Grado del menor

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Relación del padre o tutor legal con el menor

Fecha de firma



DEMOGRAPHICS AND HEALTH HISTORY: A.L. OAK

Please return the completed form to your school's health room.

Child's name (First, Middle and Last): _____

If your child was screened by Healthe Kids last year and the information below has not changed, initial here and proceed to the next page: _____

Child information

- 1. Gender: Male Female
2. Birth date: / / Age:
3. Primary language spoken at home: English Spanish Other:
4. Race (please check all that apply): Asian Black or African American Hispanic Native Hawaiian or Other Pacific Islander White Other:
5. Child's address: City, State Zip code
6. Primary phone number: ()

- 3. If your child has ever been hospitalized, please provide the causes: Cause: Cause: Cause:
4. If your child has had any surgeries, please check all that apply: Placement of ear tubes Removal of tonsils/adenoids Hernia repair Correction of bone fractures Eye muscle repair Other:

Child's allergies

- None Milk Shellfish Egg Peanut Wheat Other:

Child's medications

- Adderall (Amphetamine and Dextroamphetamine) Albuterol Flovent Nasonex (Mometasone) QVAR Ritalin (Methylphenidate Hydrochloride) Singulair (Montelukast) Zyrtec (Cetirizine) Other:

Primary care physician information

- No primary care provider
Baby and Child Associates
Children's Mercy Primary Care Clinic
Cockerell and McIntosh
Independence Pediatrics
Lee's Summit Physician's Group
Preferred Pediatrics
Swope Health
Tenney Pediatrics
Other: Phone number: ()

Child's Medicaid/commercial insurance

- No insurance coverage Coventry
Aetna Medicaid (Kansas)
Blue Cross & Blue Shield Medicaid (Missouri)
Cigna United
Other:

Child's medical information

- 1. Date of your child's last dental exam: / /
2. Does your child have any of the following medical conditions: ADHD Diabetes Heart problems Asthma Heart murmur Sickle cell disease Autism Other:

Child's lead risk information

Complete only if your child is UNDER AGE 6

- If your child has ever received a lead test, what were the results? Positive Negative Unknown
Does your child: Live in/regularly visit a daycare or house built before 1950 Live in/regularly visit a house built before 1978 that has chipping paint/has been remodeled within the past 6 months Live with someone who works with or has hobbies that use lead Have playmates with lead poisoning Eat non-food items (soil, paint, etc.) Live near a highway Use homemade medical remedies or make pottery



DATOS DEMOGRÁFICOS Y ANTECEDENTES MÉDICOS: A.L. OAK

Complete el formulario y entréguelo en el centro de salud de su escuela.

Nombre del menor (nombre y apellidos): _____

Si HealtHe Kids realizó un examen médico a su hijo(a) el año pasado y la información no ha cambiado, escriba sus iniciales aquí y pase a la siguiente página: _____

Información del menor

- 1. Sexo: Hombre Mujer
- 2. Fecha de nacimiento: ____/____/____ Años: _____
- 3. Principal idioma que habla en casa:
 Inglés Español Otro: _____
- 4. Raza (elijan todas las que sean aplicables):
Asiático
 Negro o afroamericano
 Hispano
 Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
 Caucásico
 Otro: _____
- 5. Dirección del menor:

Ciudad, Estado Código postal
- 6. Número de teléfono principal: (____) _____

- 3. Si su hijo(a) ha sido hospitalizado alguna vez, indique las causas:
Causa: _____
Causa: _____
Causa: _____

- 4. En caso de que su hijo/a haya sido sometido/a a alguna operación quirúrgica, marque todo lo que proceda:
 Drenaje timpánico
 Extirpación de amígdalas/vegetaciones
 Reparación de hernia
 Corrección de fracturas de huesos
 Corrección de estrabismo
 Otro: _____

Alergias del menor

- Ninguna Leche Marisco
- Huevo Maní Trigo
- Otras: _____

Información del médico de cabecera

- Sin médico de atención cabecera
- Baby and Child Associates
- Children's Mercy Primary Care Clinic
- Cockerell and McIntosh
- Independence Pediatrics
- Lee's Summit Physician's Group
- Preferred Pediatrics
- Swope Health
- Tenney Pediatrics
- Otro: _____ Número de teléfono: (____) _____

Medicación del menor

- Adderall (anfetamina y dextroanfetamina)
- Albuterol
- Flovent (fluticasona propionato)
- Nasonex (mometasona)
- QVAR (beclometasona dipropionato)
- Ritalin (metilfenidato hidrocloreto)
- Singulair (montelukast)
- Zyrtec (cetirizina)
- Otro: _____

Seguro Medicaid/comercial del menor

- Sin cobertura de seguro Coventry
- Aetna Medicaid (Kansas)
- Blue Cross & Blue Shield Medicaid (Missouri)
- Cigna United
- Other: _____

Riesgo por envenenamiento con plomo del niño(a)

Completar solo si su hijo(a) ES MENOR DE 6 AÑOS

Si su hijo(a) ha recibido una prueba de envenenamiento con plomo, ¿cuál fue el resultado? Positivo Negativo Desconocido

- Su hijo(a):
- ¿Vive o visita regularmente una casa o guardería construida antes de 1950?
 - ¿Vive o visita una casa construida antes de 1978 con pintura en mal estado o que haya sido remodelada en los últimos 6 meses?
 - ¿Vive con alguien que trabaja con plomo o que tiene aficiones para las que emplea plomo?
 - ¿Tiene compañeros de juego que sufren saturnismo?
 - ¿Come productos no alimentarios como tierra o pintura?
 - ¿Vive cerca de una autopista?
 - ¿Usa remedios caseros o maneja cerámica?

Información de medicación del menor

- 1. Fecha de la última revisión odontológica de su hijo/a: ____/____/____
- 2. ¿Padece el menor alguna de las siguientes enfermedades?
 ADHD Soplo de corazón
 Asma Problemas cardíacos cardíaco
 Autismo Anemia de células falciformes
 Diabetes Otro: _____