

ESTIMADOS PADRES/TUTORES,

Community Health Center, Inc. (CHC) tiene el agrado de ofrecer en la escuela de su hijo servicios de salud basados en la escuela durante los días de clases.

Todos los niños matriculados en el programa de servicios para la salud basados en la escuela son elegibles para recibir los servicios, independientemente del estado del seguro. Los niños asegurados por HUSKY o Medicaid tienen el 100% de los servicios cubiertos (sin cargo). CHC acepta la mayoría de los planes de seguro. La cobertura y los costos de los planes dependen de la cobertura de su seguro.

Para que su hijo reciba los servicios, usted deberá completar, firmar y entregar todas las partes de este formulario de inscripción/registro a su escuela.

Sólo para los servicios dentales:

Los servicios del programa dental móvil están disponibles en muchos sitios en la comunidad incluyendo las escuelas. Cada paciente recibirá una limpieza, un examen y tratamiento con flúor, además de rayos x dentales si fuera necesario. Repasamos las técnicas correctas de limpiarse los dientes utilizando un cepillo e hilo dental. Para los pacientes que no tienen seguro dental, los servicios cuestan \$30.00. Los selladores dentales requieren un pago adicional de \$25.00. El servicio está cubierto 100% (sin cargo) para los niños asegurados por el seguro HUSKY o Medicaid. Estos servicios estarán disponibles cada seis meses siempre que la agenda lo permita. Si usted no tiene seguro médico, por favor preguntenos sobre el seguro HUSKY.

POR FAVOR, SEPRE Y GUARDE

Información del estudiante/paciente	APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
	DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	ESCUELA		PROFESOR		GRADO
	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	Nº DE SEGURO SOCIAL
	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio-Nativo Americano	TELÉFONO		OTRO TELÉFONO
		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	CORREO ELECTRÓNICO		
		<input type="checkbox"/> Negro	NOMBRE DEL RESPONSABLE		RELACIÓN
		<input type="checkbox"/> Asiático	FECHA DE NACIMIENTO		TELÉFONO
		<input type="checkbox"/> Blanco	DIRECCIÓN		CIUDAD
CONTACTO DE EMERGENCIA – NOMBRE		CONTACTO DE EMERGENCIA – TELÉFONO		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Información de Facturación	SEGURO PRINCIPAL DEL ESTUDIANTE/PACIENTE		Nº DE ID MEDICAID/SEGURO	Nº DE GRUPO	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
	NOMBRE DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA	NUMERO DE SS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA	EMPLEADOR DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA		
	SEGURO SECUNDARIO DEL ESTUDIANTE/PACIENTE		Nº DE ID MEDICAID/SEGURO	Nº DE GRUPO	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS	
	NOMBRE DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA	NUMERO DE SS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA	EMPLEADOR DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA		

Lea con atención, después escriba S (sí) o N (no) y firme debajo, al final.		S	N
Doy mi permiso para que yo y/o mi hijo/a reciba los servicios y tratamiento por los empleados del Centro de la Salud de la Comunidad (Community Health Center, CHC). El personal médico revisará el historial de salud con el estudiante durante la primera visita.			
Los servicios pueden incluir la atención médica o dental y la salud mental, a menos que se indique lo contrario.			
Certifico que la información sobre salud suministrada es exacta a mi leal saber y entender. Comprendo que brindar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del estudiante/paciente.			
Acepto recibir mensajes en el número de teléfono suministrado en la sección Información del Estudiante/Paciente de este formulario.			
Acepto asegurarme de que mi hijo/mi persona reciba cualquiera de los tratamientos descritos, a cargo del dentista o higienista dental.			
He recibido una copia del documento Política de derechos y responsabilidades de CHC.			
Autorización de pago y divulgación de la información: Autorizo a que se divulgue toda información médica u otra información que sea necesaria para procesar mi reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Community Health Center, Inc. por los servicios suministrados.			
Consentimiento y reconocimiento de prácticas de privacidad: Doy mi consentimiento para el uso o divulgación de la información protegida sobre mi salud de Community Health Center, Inc. (CHC) a toda persona u organización con el propósito de realizar un tratamiento, obtener el pago o llevar a cabo ciertas actividades para la atención de la salud. La información protegida sobre la salud utilizada o divulgada por CHC puede incluir información relacionada con VIH/SIDA, información psiquiátrica u otra relacionada con la salud mental, e información sobre tratamientos por drogas y alcohol, siempre que esa información se utilice o divulgue de acuerdo con las Leyes Federales y de Connecticut, que pueden requerir que usted brinde una autorización específica. Comprendo que la información relacionada con la manera en que CHC utilizará y divulgará mi información se puede encontrar en el documento Notificación sobre prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices) de CHC. Comprendo que este consentimiento es efectivo durante el periodo en que CHC conserve mi información protegida sobre salud.			
Autorización de intercambio de información sobre salud y educación: Por el presente documento autorizo a Community Health Center (CHC) a intercambiar registros sobre salud y educación con el distrito escolar de mi hijo/mi persona con el propósito de que se brinde atención y tratamiento a mi hijo/a si fuera aplicable.			
Esta autorización es válida mientras mi hijo/a esté matriculado en el distrito escolar presente o a menos que yo la revoque. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una nota escrita de retiro de mi consentimiento. Admito que los registros médicos, una vez recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por el derecho a la privacidad de la Ley HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley sobre Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act). Además comprendo que si me niego a firmar, esta negativa no interferirá con ninguna capacidad de mi hijo para que reciba atención a su salud. Acepto que una copia de esta autorización sea tan válida como la autorización original.			
Al firmar a continuación, comprendo y reconozco lo siguiente: 1) He leído y comprendido este consentimiento; y, 2) he recibido la Notificación sobre prácticas de privacidad de CHC en vigencia en la actualidad.			
FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL		FIRMA DEL ESTUDIANTE SI ES MAYOR DE 18 AÑOS	
X		X	
NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA DE LA PERSONA O PADRE O TUTOR LEGAL		FECHA	

Historial médico del estudiante/paciente y de la familia

NOMBRE DEL ESTUDIANTE/PACIENTE	NÚMERO DE REGISTRO

Información del estudiante/paciente

El estudiante/paciente es alérgico o ha tenido alguna reacción alérgica a:	S	N
Algún alimento		
Algún medicamento (penicilina u otro antibiótico)		
Anestesia local		
Látex		
Por favor, explique alguna de las alergias:		
¿El estudiante/paciente toma algún medicamento actualmente? Si la respuesta es sí, por favor, enumere:		
¿Ha tenido el estudiante/paciente alguna lesión grave o relacionada con algún deporte?		
¿Alguna vez estuvo hospitalizado una noche?		
¿Le han realizado al estudiante/paciente alguna cirugía?		
¿El estudiante/paciente tiene algún problema de salud?		
¿Se ha producido algún cambio en la salud del estudiante/paciente durante el año anterior?		
PREGUNTAS SÓLO PARA PACIENTE DENTAL:		
¿Le duele al estudiante/paciente alguno de sus dientes?		
¿El estudiante/paciente tiene algún problema cardíaco, como soplo cardíaco o algún problema cardíaco congénito?		
¿El estudiante/paciente fuma o mastica tabaco?		
¿Le sangran las encías al estudiante/paciente cuando se limpia los dientes con cepillo o hilo dental?		
¿Ha tenido una limpieza bucal en los últimos seis meses?		
¿Necesita premedicación antes de obtener tratamiento dental?		
SÓLO PACIENTES DENTALES FEMENINOS:		
¿La estudiante/paciente está embarazada o posiblemente embarazada?		
¿La estudiante/paciente está dando de mamar?		
Explique las respuestas en las que ha marcado "Sí".		
¿Hay algo más que considere importante para nuestro personal antes de tratar al estudiante/paciente?		

¿Tuvo alguno de los familiares sanguíneos del estudiante/paciente (padres, abuelos, tías, tíos, hermanos o hermanas), vivo o fallecido, alguna de las siguientes afecciones?

ENFERMEDAD	S	N	ENFERMEDAD	S	N
Alergias/asma			Enfermedad renal		
Artritis			Enfermedad pulmonar/tuberculosis		
Defecto de nacimiento			Ansiedad/depresión		
Afección sanguínea			Abuso de drogas/alcohol		
Anemia drepanocítica			Retardo mental		
Diabetes			Obesidad		
Enfermedad endocrina/glandular			Convulsiones/epilepsia		
Presión arterial elevada			Fuma		
Colesterol elevado			Cáncer, tipo:		
Ataque cardíaco o derrame cerebral					
<input type="checkbox"/> antes de los 55 años <input type="checkbox"/> después de los 55 años					

Información médica y dental del estudiante/paciente

NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO DEL MÉDICO
NOMBRE DEL ÚLTIMO DENTISTA	TELÉFONO DEL DENTISTA
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO	FECHA DE LA ÚLTIMA LIMPIEZA BUCAL
FARMACIA	TELÉFONO DE LA FARMACIA
NOMBRE DEL SEGURO DENTAL	

¿El estudiante/paciente tuvo alguna de estas enfermedades o alguno de estos problemas?

ENFERMEDAD	S	N	ENFERMEDAD	S	N
Anemia o afección sanguínea			Mononucleosis		
Asma			Neumonía		
Infección renal o de vejiga			Fiebre reumática o enfermedad cardíaca		
Cáncer			Escoliosis		
Varicela			Convulsiones		
Diabetes			Acné fuerte		
Enfermedad endocrina/glandular			Tuberculosis		
Hepatitis			Enfermedad de tiroides		
Problemas de eating			Úlcera/problemas digestivos		
Problemas de sleeping			Dolores de cabeza/migrañas		
Otros problemas:					

Salud y comportamiento del estudiante/paciente

	S	N			
¿Alguna vez el estudiante ha recibido consejería o terapia?					
Si ha recibido este tipo de servicios por favor anote – Nombre del trabajador social o agencia:					
Fecha de servicios:					
Ha tenido el estudiante alguno de estos problemas:					
PROBLEMA	S	N	PROBLEMA	S	N
Cambios en la familia			Problemas de ira		
Problemas en la escuela			Dificultades prestando atención		
Presión social o problemas con sus amistades			Tristeza/cambios de humor		
Ansiedad			Problemas asistiendo a la escuela		
Problemas de aprendizaje			Perdida/muerte reciente		
Otros salud y comportamiento problemas:					

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA

Servicios de salud en las escuelas



Información para contactarnos: