

E autorizoj fëmijën tim/veten time për të marrë SHËRBIMET MJEKËSORE ME BAZË SHKOLLORE për sa kohë është/jam i regjistruar në një shkollë që i ofrohen këto shërbime nga CHC (Community Health Center) ose deri në revokimin e autorizimit.
Të gjitha kompanitë e sigurimit do të faturohen në kohën e vizitës.

PO JO

E autorizoj fëmijën tim/veten time për të marrë SHËRBIMET E SHËNDETIT/KËSHILLIMIT TË SJELLJES ME BAZË SHKOLLORE për sa kohë që është/jam i regjistruar në një shkollë që i ofrohen këto shërbime nga CHC ose deri në revokimin e autorizimit.
Të gjitha kompanitë e sigurimit do të faturohen në kohën e vizitës.

PO JO

E autorizoj fëmijën tim/veten time për të marrë SHËRBIMET DENTALE ME BAZË SHKOLLORE për sa kohë është/jam regjistruar në një shkollë që i ofrohen këto shërbime nga CHC ose deri në revokimin e autorizimit.

PO JO

Për pacientët e regjistruar në HUSKY/Medicaid, shërbimet janë të mbluara 100% pa asnjë tarifë ose pagesë shtesë.
Për pacientët me sigurim dendar privat, shërbimet i faturohen kompanisë së sigurimit. Pacienti/familja ka përgjegjësi vetëm pér ndonjë shumë të zbritshme dhe/ose bashkëpagesë.
Për pacientët pa sigurim dendar aplikohen tarifat vijuese: 35 \$ pér higjienë dentare (pastrim, grafi, fluorizim); 33 \$ pér ngjitesh indesh; 23 \$ pér kontroll nga dentisti.

Vërtetoj se, për aq sa kam dijeni, informacioni shëndetësor i dhënë është i saktë dhe e kuptoj se informacioni i pasaktë mund të përbëjë rrezik për shëndetin e nxënësit/pacientit. Do të njoftoj CHC pér çdo ndryshim të informacionit mjekësor.

PO JO

E kam lexuar Rregulloren e të Drejtave dhe Përgjegjësive të CHC në sbhc1.com.

PO JO

AUTORIZIM PËR DHËNIEN E INFORMACIONIT DHE KRYERJEN E PAGESËS:

Autorizoj dhënien e çdo informacioni mjekësor, dendar ose të shëndetit mendor të nevojshëm pér përpunimin e kërkesës sime. Gjithashtu, autorizoj kryerjen e pagesës pér përfitimet shëndetësore pér Community Health Center, Inc. pér shërbimet e ofruara.

PRANIMI I PRAKTIKAVE TË PRIVATËSISË:

E kuptoj se informacioni që lidhet me mënyrën se si CHC do ta përdorë dhe zbulojë informacionin tim mund të gjendet në Njoftimin e Praktikave të Privatësise të CHC dhe unë e kam marrë një kopje të tij. Përvec përdorimeve dhe zbulimeve të detajuarë në Njoftimin e Praktikave të Privatësise, jam dakord të lejoj që CHC t'i dërgojë fëmijës tim mesazhe me tekst (vetëm pér qëllime planifikimi) ose mua nëse më poshtë gjenden numra telefoni celular.

AUTORIZIMI PËR SHKËMBIMIN E INFORMACIONIT TË SHËNDETIT DHE ARSIMIT:

Përmes këtyrë dokumenti, autorizoj CHC të shkëmbuje të dhënat e shëndetit dhe arsimit me qarkun e shkollës së fëmijës tim me qëllim sigurimin e kujdesit dhe trajtimit pér fëmijën tim, sipas rastit, dhe/ose të shkëmbuje informacionin pér ekzaminimet fizike dhe imunizimin e kérkuar me ligj. E kuptoj se, nëse të dhënat shëndetësore merren nga qarku i shkollës, mund të mos jenë të mbrojtura nga Rregulli pér Privatësinë i HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) [Liqji i Transportueshmërisë dhe Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore], por do të bëhen të dhëna të arsimimit të mbrojtura nga Family Education Rights & Privacy Act (Liqji pér të Drejtat pér Arsim dhe Privatësinë e Familjes).

Si dëgjuat rrëth shërbimeve tona? Internet Shok Shkollë Brosurë informuese Tjetër: _____

INFORMACIONI I PACIENTIT

* Informacioni i kérkuar.

Emri i plotë ligjor (l parë/l dytë/Mbiemri): _____

Adresa/Nr. i apt.: _____

Qyteti/Shteti/Kodi postar: _____

Numri i Sigurimeve Shoqërore: _____ Datëlindja (MM/DD/VV): _____

Gjuha kryesore: _____ Gjinia: Mashkull Femër Papërcaktuar

Gjinia: Nuk ka Identifikohet si mashkull Identifikohet si femër Femër në mashkull
 Mashkull në femër As ekskluzivish mashkull, as ekskluzivish femër, Person queer
 Tjetër (Specifikoni): _____ Zgjedh të mos e them

Shkolla që frekuenton pacienti: _____ Klasa: _____

Etnia: Hispanik Johispanik

Raca:

- I/e zez apo afrikano-amerikan/e Autohton/e nga Havajet apo ishuje të tjerë të Paqësorit
- Amerikano-indian/e apo autohton/e i/e Alaskës Pacienti/-ja është refuzuar
- Aziatik/e Ndalesë shtetërore
- I/e bardhë Nuk është specifikuar

Emri i ofruesit të kujdesit parësor: _____

Numri i telefonit: _____

Emri i dentistit: _____

Numri i telefonit: _____

Për ndihmë gjatë aplikimit për Medicaid/Huskz apo opzionet e tjera të sigurimit, dërgo SMS me tekstin "help" në numrin (860) 560-1398 dhe do t'ju kontaktojë një anëtar i ekipit të 'Access to Care'

INFORMACION PËR SIGURIMIN

* Sigurimi mjekësor: _____ * Nr. ID i Medicaid: _____

* Kompani sigurimi private. Nr. ID/i policës: _____

* Numri i grupit: _____

* Adresa e kompanisë së sigurimeve: _____

* Numri i telefonit të kompanisë së sigurimeve: _____

(info. në pjesën e pasme të kartës)

* Emri i mbajtësit të policës së sigurimit: _____

* Datëlindja e mbajtësit të policës së sigurimit (MM/DD/VV): _____

* Sigurimi dendar: _____

* Kompani sigurimi private. Nr. ID/i policës: _____

* Numri i grupit: _____

* Adresa e kompanisë së sigurimeve: _____

* Numri i telefonit të kompanisë së sigurimeve: _____

(info. në pjesën e pasme të kartës)

* Emri i mbajtësit të policës së sigurimit: _____

* Datëlindja e mbajtësit të policës së sigurimit (MM/DD/VV): _____

INFORMACIONI I PRINDIT/KUJDESTARIT

Emri: _____ Marrëdhënia me pacientin: _____ Datëlindja (MM/DD/VV): _____

* Adresa/Nr. i apt. (Nëse ndryshon nga i mësipërmri): _____

Oqteti: _____ Kodi postar: _____

Jam dakord që të më lihen mesazhe tek: Numri i telefonit të shtëpisë Numri i celularit Numri i punës

Nr. i telefonit të shtëpisë: _____ Nr. i celularit: _____ Nr. i punës: _____

Nr. i celularit të nxënësit: _____

Adresa e emailit të nxënësit: _____

Adresa e emailit të prindit/kujdestarit: _____

NUMRI I EMERGJENCËS

(Nëse i ndryshëm nga ai i prindit/kujdestarit)

Emri: _____ Marrëdhënia me pacientin: _____ Numri i telefonit: _____

* Nënshtimi i prindit/kujdestarit ligjor ose nxënësit nëse është mbi 18 vjeç: _____

Nëse nuk jeni pacient ose prind, duhet të siguron dëshmi të autorizimit ligjor.

* Emri me shkrinje shtypit: _____

Data: _____

Duke nënshtuar më lart, e kuptoj dhe pranoj se e kam lexuar dhe e kuptoj këtë pëlgjim dhe e kam marrë Njoftimin e praktikave të privatësise të CHC aktualisht në fuqi.

Historiku mjekësor i nxënësit/pacientit

Kontaktoni CHC për çdo ndryshim në këtë historik mjekësor.

Për informacionin dentar, ky historik mjekësor do të duhet të përditësohet çdo katër vjet.

Emri i patientit: _____

Datëlindja (MM/DD/VV): _____

HISTORIKU MJEKËSOR

A vuani pacienti nga ndonjë gjendje mjekësore?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A merr pacienti ndonjë mjekim? (përfshirë inhalatorët)	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Renditni të gjitha mjekimet:
A ka pësuar pacienti ndonjë lëndim të rëndë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A ka pacienti ndonjë defekt të lindur ose të zemrës, apo historik të një problemi apo ndërhyrje në zemër?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A është shtruar ndonjëherë pacienti në spital?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A ka kryer pacienti ndonjë ndërhyrje kirurgjikale në të kaluarën?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A ka të vendosur pacienti shunte apo mban një kateter afatgjatë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A është/ishë bërë pacienti prind në moshë të mitur?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	
A është ose mund të jetë pacienti shtatzënë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Data e parashikuar e lindjes:
A ushqen pacienti aktualisht me gjë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	
A nevojitet mjekim paraprak me antibiotikë përpara procedurave dentare?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Shpjegoni:
A pi pacienti duhan apo e përtyp atë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	

A ka apo ka pasur pacienti ndonjë nga këto SËMUNDJE?

Anemi/çrrregullime të gjakut	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Pneumoni	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Astme	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Ethe reumatike, sëmundje zemre, zhurmë	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Autizëm	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Skoliozë	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Infeksione të fshikëzës urinare ose të veshkave	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Konvulsione	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Kancer/leucemi	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Sëmundje të tiroides	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Li të dheneve	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Tuberkuloz	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Diabet	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Ulcerë/probleme të tretjes	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Çrrregullime të ushqyerjes	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Probleme të shëndetit mendor?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Sëmundje endokrine/gjëndrash/sëmundje autoimune	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Defekte të lindura ose kongjenitale (spina bifida, defekt të trurit, zemrës, mushkërive, etj.)?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Dhembje koke/migrena	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Probleme me dhëmbët?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Hepatit ose probleme të mëlçisë	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Ndonjë dhëmb që shkakton dhimbje?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Probleme të nxënies/zhvillimore	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Hemorragji gjatë larjes së dhëmbëve ose përdorimit të fillit dental?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Mononukleozë	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Ka kryer pastrim të dhëmbëve brenda 6 muajve të fundit?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Mbipeshë/Obezitet	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Tjetër:	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO

ALERGI

Ndonjë ushqim (duke përfshirë intolerancën ndaj laktozës)	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Koment:
Ndonjë bar (duke përfshirë barna pa recetë, antibiotikët; penicilinën ose amoksicilinën)	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Koment:
Anestetikë lokalë (duke përfshirë lidokaininën) ose lateksi	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Koment:
A merr pacienti një Epi-Pen në shkollë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Koment:
Tjetër:	Koment:	

SHËNDETI MENDOR Plotësojeni VETËM nëse pacienti ka nevojë për shërbime të shëndetit mendor

A ka marrë ndonjëherë pacienti shërbime këshillimi? PO JO Nëse po, kur dhe me kë?

A ka pasur ndonjëherë pacienti ndonjë nga pikat vijuese:

Ndryshime të familjes	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Probleme me zemërimin	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Probleme në shkollë	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Vështirësi përqendrimi	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Presion shoqëror/nga bashkëmoshatarët	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Trishtim dhe/ose luhatje humori	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Ankth	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Mungesa pa arsyé/shmangje ë mësimit	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Aftësi të kufizuara të nxënies	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Humbje të kohëve të fundit	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO

Shpjegoni çdo shqetësim tjetër të shëndetit mendor që mund të ketë fëmija juaj: