

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

PO JO

Për pacientët e regjistruar në HUSKY/Medicaid, shërbimet janë të mbuluar 100% pa asnjë tarifë ose pagesë shtesë.

Për pacientët me sigurim dentar privat, shërbimet i faturohen kompanisë së sigurimit. Pacienti/familja ka përgjegjësi vetëm pér ndonjë shumë të zbritshme dhe/ose bashkëpagesë.

Për pacientët pa sigurim dentar aplikohen tarifat vijuese: **35 \$ pér higjenë dentare (pastrim, grafi, fluorizim); 33 \$ pér ngjitës indesh; 23 \$ pér kontroll nga dentisti.**

Vërtetoj se, pér aq sa kam dijeni, informacioni shëndetësor i dhënë eshtë 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:

Autorizo dhënien e çdo informacioni mjekësor, dentar ose të shëndetit mendor të nevojshëm pér përpunimin e kërkesës sime. Gjithashtu, autorizo 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 Privatësisë të CHC dhe unë e kam marrë një kopje të tij. Përveç përdorimeve dhe zbulimeve të detajuara në Njoftimin e Praktikave të Privatësisë, 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 SHËMBIMIN E INFORMACIONIT TË SHËNDETIT DHE ARSIMIT:

Përmes këtij dokumenti, autorizo 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 kërkuar 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) [Ligji i Transportueshmërisë dhe Përgjegjshmërisë së Sigurimeve Shëndetësore], por do të bëhen të dhëna të arsimimit të mbrojtura nga Family Education Rights & Privacy Act (Ligji pér të Drejtat pér Arsim dhe Privatësinë e Familjes).

Si dëgjuuat rreth shërbimeve tona? Internet Shok Shkollë Broshorë informuese Tjetër:

INFORMACIONI I PACIENTIT

* Informacioni i kërkuar.

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

Adresa/Nr. i apt.: _____

Qyteti/Shteti/Kodi postar: _____

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

Gjuha kryesore: _____ Gjinia: Mashkull Femër Papercaktuar

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 zezë apo afrikano-amerikan/e
 Amerikano-indian/e apo autohton/e i/e Alaskës
 Aziatik/e
 I/e bardhë

Autokton/e nga Havajet apo ishuje të tjerë të Paqësorit
 Pacienti/-ja eshtë refuzuar
 Ndalesh shtetërore
 Nuk eshtë specifikuar

Emri i ofruesit të kujdesit parësor: _____

Numri i telefonit: _____

Emri i dentistit: _____

Numri i telefonit: _____

Për ndihmë gjatë aplikimit pér Medicaid/Huszk apo opsjonet 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/YY): _____

* Sigurimi dentar: _____ * 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/YY): _____

INFORMACIONI I PRINDIT/KUJDESTARIT

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

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

* Nënshtrimi i prindit/kujdestarit ligjor ose nxënësit nëse eshtë mbi 18 vjeç:

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

* Emri me shkrinje shtypit: _____ Data: _____

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

Historiku mjekësor i nxënësit/pacientit

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

Emri i patientit: _____

Datëlindja (MM/DD/VV):_____

HISTORIKU MJEKËSOR

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

A ka apo ka pasur patienti ndonjë nga këto SËMUNDJE?

Anemi/çrregullime të gjakut	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Pneumoni	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO
Astmö	<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
Çrregullime 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

ALERGJI

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:
Anestetikët lokalë (duke përfshirë lidokaininë) ose lateksi	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Koment:
A merr patienti një Epi-Pen në shkollë?	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> JO	Koment:
Tjetër:		Koment: