Formulari i regjistrimit mjekësor dhe për shërbime dentare të lëvizshme

Pyetje apo shqetësime? Telefononi (475) 231-6978

SBHC School-Based Health Care

Community Health Center, Inc.

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. ❑ PO ❑ JO

Të gjitha kompanitë e sigurimit do të faturohen në kohën e vizitës.

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 (Community Health Center) ose deri në revokimin e autorizimit. ❑ PO ❑ JO

Për pacientët e regjistruar në HUSKY/Medicaid, shërbimet janë të mbuluara 100% pa asnjë tarifë ose pagesë shtesë.
Për pacientët me sigurim dentar privat, shërbimet i faturohen kompanisë së sigurimit. Pacienti/familja ka përgjegjësi vetëm për ndonjë shumë të zbritshme dhe/ose bashkëpagesë.
Për pacientët pa sigurim dentar aplikohen tarifat vijuese: **35 $ për higjienë dentare (pastrim, grafi, fluorizim); 33 $ për ngjitës indesh; 23 $ për 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 për 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, dentar ose të shëndetit mendor të nevojshëm për përpunimin e kërkesës sime. Gjithashtu, autorizoj kryerjen e pagesës për përfitimet shëndetësore për Community Health Center, Inc. për 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 për qëllime planifikimi) ose mua nëse më poshtë gjenden numra telefoni celular.

AUTORIZIMI PËR SHKËMBIMIN E INFORMACIONIT TË SHËNDETIT DHE ARSIMIT:

Përmes këtij dokumenti, autorizoj CHC të shkëmbejë të dhënat e shëndetit dhe arsimit me qarkun e shkollës së fëmijës tim me qëllim sigurimin e kujdesit dhe trajtimit për fëmijën tim, sipas rastit, dhe/ose të shkëmbejë informacionin për 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 për 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 për të Drejtat për Arsim dhe Privatësinë e Familjes).

Si dëgjuat rreth shërbimeve tona? ❑ Internet ❑ Shok ❑ Shkollë ❑ Broshurë informuese ❑ Tjetër: _____

INFORMACIONI I PACIENTIT

*** Informacioni i kërkuar.**

Emri i plotë ligjor (I parë/I 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 ekskluzivisht mashkull, as ekskluzivisht 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 autokton/e i/e Alaskës
❑ Aziatik/e
❑ I/e bardhë
❑ Autokton/e nga Havajet apo ishujve të tjerë të Paqësorit
❑ Pacienti/-ja është refuzuar
❑ Ndalesë shtetërore
❑ 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 opsionet 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 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/VV): _____

INFORMACIONI I PRINDIT/KUJDESTARIT

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

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

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

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

*** Emri me shkronja shtypi:** _____ **Data:** _____

Duke nënshkruar më lart, e kuptoj dhe pranoj se e kam lexuar dhe e kuptoj këtë pëlqim dhe e kam marrë Njoftimin e praktikave të privatësisë 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 pacientit: _____ Datëlindja (MM/DD/VV): _____

HISTORIKU MJEKËSOR

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

A ka apo ka pasur pacienti ndonjë nga këto SËMUNDJE?

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

ALERGJI

Ndonjë ushqim (duke përfshirë intolerancën ndaj laktozës)	❑ PO	❑ JO	Koment:
Ndonjë bar (duke përfshirë barna pa recetë, antibiotikët; penicilinën ose amoksicilinën)	❑ PO	❑ JO	Koment:
Anestetikët lokalë (duke përfshirë lidokaininën) ose lateksi	❑ PO	❑ JO	Koment:
A merr pacienti një Epi-Pen në shkollë?	❑ PO	❑ 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	❑ PO	❑ JO	Probleme me zemërimin	❑ PO	❑ JO
Probleme në shkollë	❑ PO	❑ JO	Vështirësi përqendrimi	❑ PO	❑ JO
Presion shoqëror/nga bashkëmoshatarët	❑ PO	❑ JO	Trishtim dhe/ose luhatje humori	❑ PO	❑ JO
Ankth	❑ PO	❑ JO	Mungesa pa arsye/shmangie e mësimit	❑ PO	❑ JO
Aftësi të kufizuara të nxënies	❑ PO	❑ JO	Humbje të kohëve të fundit	❑ PO	❑ JO

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