Formulario de Inscripción en Servicios Médicos y Dentales

¿Preguntas o inquietudes? Llame al (475) 231-6978

SBHC School-Based Health Care

Community Health Center, Inc.

Autorizo que mi hijo/yo obtengamos SERVICIOS MÉDICOS BASADOS EN LA ESCUELA mientras esté matriculado en una escuela en la que Community Health Center, Inc. (CHC) presta servicios o hasta que yo revoque el permiso. ❑ SÍ ❑ NO

Se facturará a todos los seguros en el momento de la visita.

Autorizo que mi hijo/yo obtengamos SERVICIOS DENTALES BASADOS EN LA ESCUELA mientras esté matriculado en una escuela en la que CHC presta servicios o hasta que yo revoque el permiso. ❑ SÍ ❑ NO

En el caso de los pacientes inscritos en HUSKY/Medicaid, los servicios están cubiertos en un 100 %, sin tarifas ni cargos adicionales.
En el caso de los pacientes que tienen seguro dental privado, los servicios se facturan al seguro. El paciente/la familia es responsable solamente de los deducibles o copagos.
Las siguientes tarifas aplican a los pacientes sin seguro dental: **$35 por visita de higiene dental (limpieza, radiografías, fluoruro); $33 por agentes selladores; $23 por examen realizado por el dentista.**

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información médica proporcionada es correcta, y soy consciente de que dar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del estudiante/paciente. Comunicaré a CHC cualquier cambio en la información médica. ❑ SÍ ❑ NO

He revisado la Política de Derechos y Responsabilidades de CHC en sbhc1.com. ❑ SÍ ❑ NO

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO:

Autorizo la revelación de toda clase de información médica, dental o de salud conductual para procesar mi reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Community Health Center, Inc., por los servicios prestados.

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Entiendo que la información sobre cómo CHC usará y revelará mi información se encuentra en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC y he recibido una copia. Además de los usos y revelaciones detallados en el Aviso de Prácticas de Privacidad, me comprometo a permitir que CHC envíe mensajes de texto a mi hijo (solo para fines de programación de servicios) o a mí si se indican los números de teléfono celular más adelante.

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y EDUCATIVA:

Por la presente autorizo a CHC a intercambiar expedientes médicos y académicos con el distrito escolar de mi hijo con el fin de brindarle atención médica y tratamiento, si corresponde, o intercambiar información sobre exámenes físicos y vacunas requeridos por ley. Reconozco que si el distrito escolar recibe los expedientes médicos, estos podrían perder la protección de la Norma de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en expedientes académicos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar.

¿Cómo supo de nuestros servicios? ❑ Internet ❑ Amigos ❑ Escuela ❑ Boletín informativo ❑ Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*** Información obligatoria.**

Nombre legal completo (nombre/segundo nombre/apellido): _____

Dirección/n.° de apt.: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): _____

Primer idioma: _____ Sexo: ❑ Masculino ❑ Femenino ❑ Indefinido

Género: ❑ Ninguno ❑ Se identifica como hombre ❑ Se identifica como mujer ❑ Mujer a hombre ❑ Hombre a mujer ❑ Ni exclusivamente hombre ni mujer, cuirgénero (*genderqueer*) ❑ Otro (Especifique): _____ ❑ Elijo no revelar

Escuela a la que asiste el paciente: _____ Grado: _____

Origen étnico: ❑ Hispano ❑ No hispano

Raza:
- ❑ Negro o afroamericano
- ❑ Indígena americano o nativo de Alaska
- ❑ Asiático
- ❑ Blanco
- ❑ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico
- ❑ El paciente se negó a contestar
- ❑ Prohibido por el estado
- ❑ Sin especificar

Nombre del médico de atención primaria: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del dentista: _____

Número de teléfono: _____

Si necesita asistencia para solicitar Medicaid/Husky u otras opciones de seguro, TEXTEE "help" al (860) 560-1398 y un miembro del equipo de Acceso a la atención médica se comunicará con usted.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

*** Seguro médico:** _____ *** N.° de ID de Medicaid:** _____ *** N.° de ID/póliza del seguro privado:** _____ *** Número de grupo:** _____

*** Dirección del seguro:** _____ *** Número de teléfono del seguro:** _____ (info. en el dorso de la tarjeta)

*** Nombre del titular de la póliza:** _____ *** Fecha de nacimiento del titular de la póliza** (MM/DD/AA)**:** _____

*** Seguro dental:** _____ *** N.° de ID/póliza del seguro privado:** _____ *** Número de grupo:** _____

*** Dirección del seguro:** _____ *** Número de teléfono del seguro:** _____ (info. en el dorso de la tarjeta)

*** Nombre del titular de la póliza:** _____ *** Fecha de nacimiento del titular de la póliza** (MM/DD/AA)**:** _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/DE LA MADRE/DEL TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA): _____

*** Dirección/n.° de apt.** (si es diferente de la anterior): _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Acepto que me dejen mensajes en: ❑ Teléfono residencial ❑ Teléfono celular ❑ Teléfono del trabajo

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____ Correo electrónico del padre/de la madre/del tutor legal: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (si no es el padre/la madre/el tutor legal)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

*** Firma del padre/de la madre/del tutor legal o del estudiante si tiene más de 18 años:** _____

Si no es el paciente ni el padre o la madre, debe presentar prueba de tutela legal.

*** Nombre en letra de molde:** _____ **Fecha:** _____

Al firmar, entiendo y reconozco que he leído y entiendo este consentimiento y que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC actualmente vigente.

Antecedentes Médicos del Estudiante/Paciente

Comuníquese con CHC si hay cambios en estos antecedentes médicos.
Para la atención dental, deberá actualizar estos antecedentes médicos cada cuatro años.

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA): _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene algún problema médico el paciente?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿Toma el paciente algún medicamento? (incluidos inhaladores)	❑ SÍ	❑ NO	Enumere todos los medicamentos:
¿Ha sufrido el paciente alguna lesión grave?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿Tiene el paciente algún defecto congénito, defecto cardíaco o antecedentes de problemas cardíacos o cirugías?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿Alguna vez ha pasado el paciente una noche en el hospital?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿Se ha sometido el paciente anteriormente a alguna cirugía?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿Le han implantado al paciente una derivación (*shunt*) o tiene un catéter permanente?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿El paciente es o fue madre/padre adolescente?	❑ SÍ	❑ NO	
¿Está embarazada la paciente o posiblemente lo está?	❑ SÍ	❑ NO	Fecha probable del parto:
¿La paciente está amamantando actualmente?	❑ SÍ	❑ NO	
¿Es necesaria la administración de antibióticos antes de los procedimientos dentales?	❑ SÍ	❑ NO	Explique:
¿Fuma o masca tabaco el paciente?	❑ SÍ	❑ NO	

¿El paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes ENFERMEDADES?

Anemia/trastornos de la sangre	❑ SÍ	❑ NO	Neumonía	❑ SÍ	❑ NO
Asma	❑ SÍ	❑ NO	Fiebre reumática, enfermedad cardíaca, soplo cardíaco	❑ SÍ	❑ NO
Autismo	❑ SÍ	❑ NO	Escoliosis	❑ SÍ	❑ NO
Infecciones de la vejiga o del riñón	❑ SÍ	❑ NO	Convulsiones	❑ SÍ	❑ NO
Cáncer/leucemia	❑ SÍ	❑ NO	Enfermedad de la tiroides	❑ SÍ	❑ NO
Varicela	❑ SÍ	❑ NO	Tuberculosis	❑ SÍ	❑ NO
Diabetes	❑ SÍ	❑ NO	Úlceras/problemas digestivos	❑ SÍ	❑ NO
Problemas de alimentación	❑ SÍ	❑ NO	¿Problemas de salud mental?	❑ SÍ	❑ NO
Enfermedad endocrina/glandular/autoinmunitaria	❑ SÍ	❑ NO	¿Defectos congénitos (del cerebro, del corazón, de los pulmones, espina bífida, etc.)?	❑ SÍ	❑ NO
Dolores de cabeza/migrañas	❑ SÍ	❑ NO	¿Problemas con la dentadura?	❑ SÍ	❑ NO
Hepatitis o problemas hepáticos	❑ SÍ	❑ NO	¿Dolor de muelas/de dientes?	❑ SÍ	❑ NO
Problemas de aprendizaje/desarrollo	❑ SÍ	❑ NO	¿Sangrado al cepillarse o usar hilo dental?	❑ SÍ	❑ NO
Mononucleosis	❑ SÍ	❑ NO	¿Se le hizo una limpieza dental en los últimos 6 meses?	❑ SÍ	❑ NO
Sobrepeso/obesidad	❑ SÍ	❑ NO	Otro:	❑ SÍ	❑ NO

ALERGIAS

Alimentos (incluida la intolerancia a la lactosa)	❑ SÍ	❑ NO	Comentario:
Medicamentos (incluidos los de venta sin receta o antibióticos, penicilina o amoxicilina)	❑ SÍ	❑ NO	Comentario:
Anestesia local (incluida la lidocaína) o el látex	❑ SÍ	❑ NO	Comentario:
¿Tiene el paciente un Epi-Pen en la escuela?	❑ SÍ	❑ NO	Comentario:
Otras:			Comentario:

SALUD CONDUCTUAL Responda SOLO si el paciente necesita servicios de salud conductual

¿Alguna vez ha recibido el paciente servicios de consejería? ❑ SÍ ❑ NO Si la respuesta es sí, ¿cuándo y con quién?

¿Alguna vez ha experimentado el paciente algo de lo siguiente?:

Cambios en la familia	❑ SÍ	❑ NO	Problemas relacionados con la ira	❑ SÍ	❑ NO
Problemas en la escuela	❑ SÍ	❑ NO	Dificultades para prestar atención	❑ SÍ	❑ NO
Presiones sociales/de los compañeros	❑ SÍ	❑ NO	Tristeza o cambios de humor	❑ SÍ	❑ NO
Ansiedad	❑ SÍ	❑ NO	Ausentismo/evasión escolar	❑ SÍ	❑ NO
Problemas de aprendizaje	❑ SÍ	❑ NO	Pérdida reciente	❑ SÍ	❑ NO

Explique cualquier otro problema de salud conductual que tenga su hijo: