

Community Health Center, Inc. ¡está en tu escuela!

Servicios proporcionados dentro de la escuela

Atención médica:

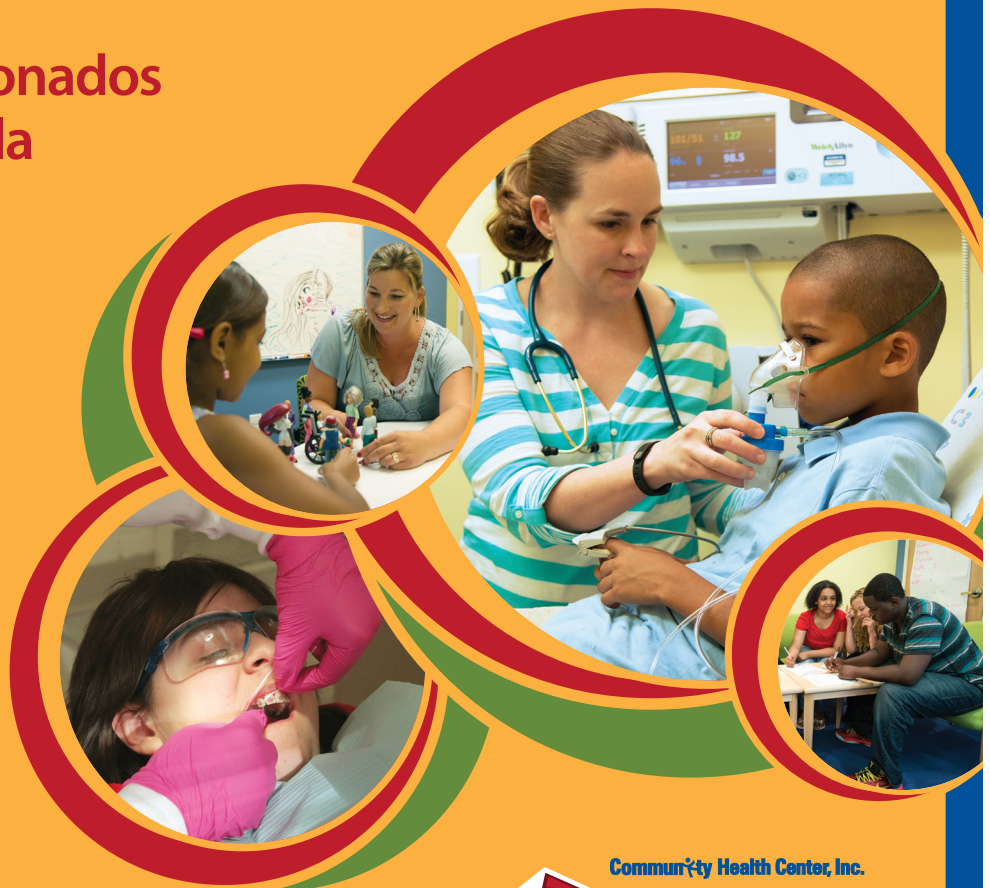
- Diagnóstico y tratamiento
- Exámenes físicos
- Manejo de enfermedades crónicas
- Vacunaciones
- Recetas médicas
- Educación para la salud
- Referidos
- Análisis de laboratorio

Salud conductual:

- Intervención en casos de crisis
- Orientación individual
- Orientación grupal
- Orientación familiar
- Referidos

Salud bucal:

- Pruebas de detección
- Exámenes
- Limpiezas
- Radiografías
- Selladores
- Educación para la salud bucal
- Atención de restauración



Conserve esta hoja para sus registros.

¿Preguntas o inquietudes? Llame al 860-347-6971, extensión 3796.

También puede inscribirse en línea: <http://www.sbh1.com>



Formulario de inscripción

860-347-6971 ext. 3796

Community
Health Center, Inc.

Autorizo que yo/mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS MÉDICOS.

☐ SÍ ☐ NO

- Se facturará a todos los seguros en el momento de la visita. No hay pagos de su bolsillo ni copagos asociados a los servicios en la escuela.

Autorizo que yo /mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL /ORIENTACIÓN (si están disponibles).

☐ SÍ ☐ NO

- Se facturará a todos los seguros en el momento de la visita. No hay pagos de su bolsillo ni copagos asociados a los servicios que se prestan en la escuela.

Autorizo que yo/mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS DENTALES MÓVILES EN EL LUGAR.

☐ 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 un seguro dental privado, los servicios se facturan al seguro. El paciente/la familia es responsable de cualquier deducible y/o copa.

Las siguientes son las tarifas para los pacientes que no tienen seguro dental:

- \$30 por visita de higiene dental (limpieza, radiografías, tratamiento con fluoruro); \$18 por visita para un examen hecho por el dentista; \$25 por visita para selladores

RIESGOS: Aunque son infrecuentes, se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados a los procedimientos dentales. El más frecuente incluye la mordedura y lesiones de lengua o labios después de la administración de anestesia local y dolor alrededor de la zona tratada. Los riesgos adicionales son infecciones e hinchazón.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información médica proporcionada es correcta, y que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud del estudiante/paciente. Comunicaré a CHC cualquier cambio en mi información médica.

☐ SÍ ☐ NO

He recibido una copia de la Política de Derechos y Responsabilidades del CHC.

☐ SÍ ☐ NO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO:

☐ SÍ ☐ NO

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

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

☐ SÍ ☐ NO

Doy mi consentimiento a CHC para usar o divulgar información protegida sobre mi salud a cualquier persona u organización con el fin de realizar tratamientos, obtener pagos o llevar a cabo ciertas acciones relacionadas con la atención de la salud. La información médica protegida que se usará o se divulgará a CHC puede incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica/ de salud mental, así como información sobre el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción, siempre que esa información sea utilizada o divulgada conforme a la legislación del estado de Connecticut y a la legislación federal, que posiblemente exijan que usted proporcione una autorización específica. Comprendo que la información sobre el modo en que CHC utilizará y divulgará la información sobre mí puede hallarse en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC. Comprendo que mi consentimiento estará vigente por el tiempo que CHC conserve mi información médica protegida.

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EDUCACIÓN:

☐ SÍ ☐ NO

Por el presente documento autorizo a Community Health Center, Inc. (CHC) a intercambiar expedientes sobre salud y educación con el distrito escolar de mi hijo(a) a fin de proporcionarle atención y tratamiento, según corresponda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

* Información obligatoria.

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Dirección/Apartamento n.º: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Número de seguro social: _____ Grupo étnico (marque una casilla): ☐ Hispano ☐ No hispano

Raza (marque una casilla): ☐ Desconocida ☐ Indio americano ☐ Islas del Pacífico ☐ Nativo de Alaska ☐ Negra ☐ Asiática ☐ Blanca ☐ Otra _____

Idioma principal del paciente: _____ ¿El paciente califica para un almuerzo gratis/con descuento?: ☐ SÍ ☐ NO

El paciente de la escuela asiste a: _____ Grado: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

* Seguro médico: _____ * N.º de ID de Medicaid: _____ * Seguro privado. N.º de ID/Póliza: _____ * Número de grupo: _____

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

* Nombre del titular de la póliza: _____ * Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

* Seguro dental: _____ * N.º de ID de Medicaid: _____ * Seguro privado. N.º de ID/Póliza: _____ * Número de grupo: _____

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

* Nombre del titular de la póliza: _____ * Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/DEL TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Acepto que puedan dejarme mensajes en el siguiente número de teléfono: ☐ 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

* Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Mi firma más arriba indica que comprendo y acepto que he leído y comprendo este consentimiento y que he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad de CHC actualmente vigentes.

También comprendo que esta autorización es válida hasta que yo la cancele. Comprendo que podré cancelar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito en la cual retiro mi consentimiento. Reconozco que los expedientes médicos, en caso de ser recibidos por el distrito escolar, quizás no estén protegidos por la Norma de privacidad de la HIPAA, sino que pasarán a ser expedientes de educación protegidos por la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (Family Educational Rights and Privacy Act).

Antecedentes médicos del estudiante/paciente (Para la atención dental, estos antecedentes médicos deberán actualizarse cada cuatro años.)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿El paciente tiene algún problema médico?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿El paciente toma algún medicamento? (se incluyen los inhaladores)	☐ SÍ ☐ NO	Mencione todos los medicamentos:
¿El paciente ha tenido alguna lesión grave?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿El paciente tiene algún defecto congénito o antecedentes de algún problema cardíaco o cirugía?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿Alguna vez el paciente ha pasado una noche en el hospital?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿El paciente se ha sometido a alguna cirugía en el pasado?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿El paciente ha tenido colocado algún shunt (derivación) o tiene un catéter permanente?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿La paciente es o fue madre adolescente?	☐ SÍ ☐ NO	
¿La paciente está embarazada o posiblemente embarazada?	☐ SÍ ☐ NO	Fecha probable de parto:
¿La paciente está amamantando actualmente?	☐ SÍ ☐ NO	
¿Es necesaria la administración de antibióticos antes de los procedimientos dentales?	☐ SÍ ☐ NO	Explique:
¿El paciente fuma o masca tabaco?	☐ SÍ ☐ NO	

¿El paciente tiene o tuvo alguno de estos PROBLEMAS?

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

ALERGIAS

Algún alimento (incluir 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 látex	☐ SÍ ☐ NO	Comentario:
¿El paciente tiene un EpiPen en la escuela?	☐ SÍ ☐ NO	Comentario:
Otros:		Comentario:

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

¿Desearía inscribir al paciente en los servicios de salud conductual?				☐ SÍ	☐ NO		
¿El paciente ha recibido alguna vez servicios de orientación?				☐ SÍ	☐ NO	Si la respuesta es sí ¿cuándo y con quién?	
El paciente ¿ha experimentado alguna vez algo de lo siguiente?:							
Cambios en la familia			☐ SÍ	☐ NO	Problemas relacionados con la ira		☐ SÍ ☐ NO
Problemas en la escuela			☐ SÍ	☐ NO	Problemas de atención		☐ SÍ ☐ NO
Presiones sociales/de los compañeros			☐ SÍ	☐ NO	Tristeza y/o cambios de humor		☐ SÍ ☐ NO
Ansiedad			☐ SÍ	☐ NO	Ausentismo/evasión escolar		☐ SÍ ☐ NO
Problemas de aprendizaje			☐ SÍ	☐ NO	Pérdida reciente		☐ SÍ ☐ NO
Si respondió “Sí” a cualquiera de los puntos anteriores, escriba un comentario:							