

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

El Centro de Salud Ubicado en la Escuela (CSUE) es un lugar seguro con acceso fácil en la escuela donde los estudiantes pueden ir para salud preventiva y primaria integral. El CSUE es atendido por enfermera practicante y una enfermera escolar. El CSUE no tiene la intención de reemplazar al médico principal de su hijo, pero estos servicios ayudarán a que familias puedan tener acceso al cuidado médico necesario.

HealthPoint Family Care se complace en asociarse con Erlanger/Elsmere Independent District para ofrecer a los estudiantes atención médica en las escuelas Lloyd High School, Tichenor Middle School, Howell, Lindeman, Arnett, y Miles Elementary Schools. Todos los estudiantes de Erlanger/Elsmere Independent District son bienvenidos en los CSUE.

Inscripción es opcional. Usted puede inscribirse a cualquier tiempo durante el año escolar, llamando a la enfermera escolar. Si quiere inscribirse hoy, favor de llenar los formularios y devolverlos a la escuela.

Antes de recibir servicios la siguiente documentación debe ser completada y entregada a la escuela. Tenga en cuenta que estos formularios deben ser llenados cada año. Si no están llenados completamente, se los devolveremos.

Las tarifas para visitas médicas CSUE:

- Todos los pacientes **sin seguro médico** serán cobrados **\$23** por la visita.
- Todos los pacientes **con seguro privado** serán cobrados **\$55** por la visita y cargos adicionales para las vacunas a menos que tengan el plan de Anthem, United Health Care, Tricare o Humana que no tiene un PCP requerido o con un proveedor de HealthPoint como el PCP. En este caso, Usted será facturado por su responsabilidad de compartir costos.
- **Medicaid** será cobrado directamente para pacientes con un plan de Medicaid si tenemos una copia de su tarjeta o su número de identificación. Su Medicaid debe ser activo el día de la cita. Usted será facturado por su responsabilidad de compartir costos.

Las tarifas para visitas dentales CSUE:

- Todos los pacientes **sin seguro médico** serán cobrados hasta **\$30** por la visita (con un máximo de \$120 para completar todo el tratamiento durante el año escolar).
- Delta Dental y Dental Care Plus serán cobrados directamente para pacientes con uno de estos planes y Usted será facturado por su responsabilidad de compartir costos. Pacientes con otro tipo de seguro privado serán facturados por la tarifa completa.
- **Medicaid** será cobrado directamente para pacientes con un plan de Medicaid si tenemos una copia de su tarjeta o su número de identificación. Su Medicaid debe ser activo el día de la cita. Usted será facturado por su responsabilidad de compartir costos.

El Centro de Salud Ubicado en la Escuela le puede ofrecer muchos servicios, incluyendo:

- Exámenes físicos para escuela y deportes
- Visitas para los enfermos, recetas para medicina
- Vacunas- información disponible en <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html> y <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>
- Medicamentos sin receta (por ejemplo: Tylenol)
- Asistencia en manejar las enfermedades crónicas
- Asistencia en manejar problemas mentales
- Chequeo de la vista

El Centro Dental Ubicado en La Escuela está disponible solamente en Erlanger/Elsmere Schools y es atendido por un dentista e higienista. El centro puede ofrecer muchos servicios, incluyendo Examen completo, Limpiezas, Tratamientos de fluoruro y sellador, La mayoría de los procedimientos dentales realizados en una oficina dental, Medicamentos sin receta (ie:Tylenol) para el dolor dental

Si Usted tiene preguntas o quiere sacar cita, favor de ponerse en contacto con la escuela de su hijo/a. Gracias por permitirnos servirle y su estudiante.

Autorización del Centro de Salud Ubicado en la Escuela

Nombre del niño: _____

Fecha d nacimiento _____

PONGA SUS INICIALES PARA LOS SERVICIOS QUE QUIERE QUE RECIBA SU NINO EN LA ESCUELA

_____ Exámen físico

_____ Todas las vacunas requeridas para ir a escuela

Favor de notar aquí se no quiere una de las vacunas nombradas en la caja al lado y explícanos porque:

Requerida para entrar a la escuela

DTaP –4 dosis

Varicella -2 dosis

Polio –3 dosis

Hepatitis A – 2 dosis

Hepatitis B-3 dosis

MMR -2 dosis

Requisitos adicionales para preescolar y kínder
Neumocócica and Hib

Requisitos adicionales para el grado 6 y mayor
Meningitis and TDaP

El segundo dosis de meningitis se pone a 16 años de edad

Niños atrasados puede seguir otro horario

PONGA SUS INICIALES PARA LAS VACUNAS RECOMENDADS QUE QUIERE QUE RECIBA SU NINO EN LA ESCUELA

_____ VPH (El virus del pailoma humano) – 2 dosis recomendados para estudiantes de 11-14 años, 3 dosis recomendados para estudiantes de 15 años o mayor de edad

_____ Vacuna contra la gripe– (depende de la temporada es si está disponible)

_____ Vacuna antimeningocócica del serogrupo B – 2 dosis recomendados para personas 16-23 años de edad o niños a 10 anos y mayor con alto riesgo para contraer meningitis

Deseo inscribir a mi niño en los siguientes programas (vee página 4) (marque “médico” para inscribir al niño)

Médico

Dental completo-limpieza, rayos-x, tratamiento

Dental-solo emergencia

Notificación-Ninos inscritos en el programa dental recibirán medicamentos sin receta para dolor (por ejemplo: Tylenol)

Autorizaciones - Consentimiento para tratar un nino menor (vee al página 4)

Certifico que la información de arriba es correcta y mi firma abajo indica mi autorización. Consiento al tratamiento incluso cualquier prueba o procedimiento que pudiera ser indicado por el proveedor médico. También doy mi consentimiento para todas las vacunas requeridas por el estado. Autorizo a HealthPoint Family Care, Inc. a facturar a mi seguro por los servicios provistos. También autorizo a la liberación de mi información médica a mis aseguradores o partes responsables. Comprendo que seré responsable por todas las facturas si no estoy activo en Medicaid, Medicare o seguro privado. Autorizo a HealthPoint a divulgar registros de salud requeridos para la inscripción incluyendo exámenes físicos y registros de vacunación a la escuela. Comprendo que es mi responsabilidad notificar al centro de salud escolar acerca de cambios en la custodia, dirección o número de teléfono. Un nuevo formulario se debe completar para autorizaciones indicadas en el formulario “Consentimiento para tratar un niño menor”. Entiendo que HealthPoint usa un solo registro médico compartido por todos los departamentos y oficinas, y que cualquier tratamiento, incluso el tratamiento por trastorno de sustancias, está disponible para todos los proveedores de HealthPoint que se ocupan de mí o de mi hijo por cualquier motivo.

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (Página 4)

Al firmar abajo, reconozco que puedo acceder la Notificación de Prácticas de Privacidad en www.healthpointfc.org o puedo pedir una copia usando la dirrección en página 5.

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE HOJAS INFORMATIVAS SOBRE VACUNAS (Página 4)

La ley federal requiere que personal médico ofrezca o explique cómo acceder a hojas de información sobre la vacuna a cada paciente, o padre o guardián de paciente antes de administrar cada vacuna o cada dosis de vacuna, si hay más de una dosis en una serie. Al firmar abajo, reconozco que me han explicado cómo acceder recursos y hojas de información sobre la vacuna antes de que mi niño reciba alguna vacuna en el centro de salud ubicado en la escuela.

Inscripción para el 2022/2023 Año Escolar

 Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor en letra del molde: _____



Grado: _____	Marque uno:
Lloyd	Tichenor
Howell	Lindeman
Miles	Arnett
	Bartlett

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Masculino/Femenino**

Dirección: _____ **# de Seguro Social:** _____

Ciudad/Código Postal: _____ **Idioma Preferida:** Inglés Español Otro

Usted acepta que podemos contactarle por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfonos móviles, los cuales podrían ocasionar cargos para usted. También podríamos contactarle enviándole mensajes de texto, o correo electrónico, usando cualquier dirección de correo electrónico que nos proveyó. Los métodos de contacto podrían incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados /voces artificiales y/o el uso de dispositivos de discado automático, según corresponda.

Número de Teléfono del Hogar: _____ **Número de Teléfono Celular del Padre/Madre:** _____

Teléfono del Trabajo del Padre/Madre: _____ **Dirección de Correo Electrónico del Padre/Madre:** _____

Una cuenta de "My Chart" se creara para niños de 0-11 años de edad si Usted provee una dirección de correo electrónico. Un numero para activar su cuenta "My Chart" y instrucciones para usarla serán enviados a mano del estudiante. Para más información llame al 859-655-6104.

Raza: Asiática Chino Filipino Japonés Blanca/Caucásica Americano Nativo/Nativo de Alaska
 Moreno/Afroamericano Otro Isleño de Pacifico Hawaiano Nativo Indeterminado Otro

Etnicidad: Hispana No Hispana

Género: Masculino Femenina Transgénero-Masculino a Femenina Transgénero-Femenina a Masculino
 Género Neutral No quiero responder

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual No lo sé
 No quiero responder

Su relación con el niño: Padre/Madre Padre/Madre Crianza Temporal Tutor Legal

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE O TUTOR:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN:

Marque aquí si es la misma que la del padre/madre/tutor

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Código Postal: _____

Por favor indique el ingreso anual para toda la familia junta

\$ # de personas en la casa

Mi hijo tiene (marque todo lo que corresponda):

No seguro

Seguro médico privado **marque si:** Anthem/UHC/Humana/Otro # ID: _____ # grupo _____ PCP _____

Seguro dental privado **marque si:** Delta Dental / Dental Care Plus #ID: _____ # grupo _____

Medicaid **marque si:** Wellcare/Aetna/Anthem/Humana/Molina Passport/UHC # ID Requerido: _____

Se recoge información de ingresos para mantener apoyo para programas de salud y dentales en las escuelas. Todos los estudiantes del distrito son elegibles.

Se enviará por correo un estado de cuenta a los pacientes de seguros privados, Medicaid con responsabilidad de compartir costos, y a los pacientes sin seguro a la dirección de "información de facturación" presentada arriba. Se espera que los pagos se hagan en 20 días.

Consentimiento para tratar a un niño menor

Los proveedores de HealthPoint son autorizados a examinar y tratar el niño menor para enfermedades simples o exámenes físicos de rutina incluyendo vacunas sin que un padre o tutor esté presente en el consultorio o el centro de salud escolar.

Mi firma en la página de firma indica que doy consentimiento para valoración/evaluación/tratamiento continuo de mi hijo en los consultorios de HealthPoint, incluyendo centros de salud escolares. La evaluación y tratamiento del niño en el consultorio será hecha por un proveedor regular de HealthPoint. Doy mi consentimiento para los siguientes servicios médicos, y/o salud mental a ser realizados en HealthPoint incluyendo en los centros de salud escolar:

- Valoración, diagnóstico, evaluación, y tratamiento del niño incluso si un padre o tutor no está presente
- El tratamiento del niño podría incluir administración de medicamentos sin recetas (por ejemplo para alivio del dolor, supresores de tos, etc.) excepto los siguientes: _____
- Exámenes de laboratorio de rutina tales como análisis de estreptococos o examen de orina.
- Vacunas de rutina como lo requiera el Estado.
- Exámenes físicos de rutina, tratamiento de enfermedades y seguimiento
- Examen y procedimientos dentales incluyendo radiografías, selladores, extracciones, empastes, la perforación, la higiene dental (amalgama o composite), y la administración de anestesia local y tópica.

Se contactará al padre/madre o tutor para el permiso antes de realizar cosas adicionales. En una emergencia real, como siempre, el niño será tratado como sea necesario, incluso si el padre/madre o tutor no ha sido contactado todavía para el permiso.

Las siguientes personas nombradas tienen mi permiso para llevar/enviar a mi hijo al consultorio del centro de salud escolar para tratamiento: La Enfermera Escolar, la Maestra, la Administración de la Escuela y otro personal de la escuela pueden enviar a mi hijo para servicios de salud basados en la escuela. El padre/madre o estudiante, si tiene 18 años o más, también pueden contactar a HealthPoint o a la escuela para programar una cita.

Si quiere autorizar a otras personas (i.e. abuelo, amigo...) traer a su niño para servicios, favor de notar aquí:

Nombre en letra de molde/ relación con el niño: _____

Divulgación de la Información

Para promover la continuidad del cuidado, yo autorizo a HealthPoint Family Care a divulgar una copia de los registros creados en las visitas de salud basadas en la escuela al proveedor primario y a cualquier otro proveedor involucrado en el cuidado del paciente.

Proveedor de Cuidado Primario (PCP): _____ Teléfono del PCP: _____

Reconocimiento de Información sobre Vacunas

Si desea recibir más información sobre vacunas requeridas y recomendadas, Usted puede comunicarse directamente con HealthPoint al 859-655-6104 o puede visitar el sitio web de los Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en www.cdc.gov. Usted puede ver o imprimir el calendario de vacunas recomendadas en el sitio web <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html> para estar consciente de cuáles vacunas son necesarias para su niño desde nacimiento hasta 18 años de edad. Hay un calendario de vacunación para adultos también.

Los Centros para Control y Prevención de Enfermedades proporcionan hojas de información sobre cada vacuna, que explican los beneficios y riesgos para los que reciben la vacuna. Usted puede ver o imprimir estas hojas de información en el sitio web <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis/index.html>.

Vaya al www.healthpointfc.org para ver nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad y No Discriminación. Pida una copia por escrito a la dirección abajo.

**Katie Pursifull
HR and Compliance Office
HealthPoint Family Care
215 E. 11th St.
Newport, KY 41071
859-655-6141**

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del Proveedor Primario: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Teléfono: _____

Historia Social:

Nombre de la persona que completa este formulario; _____

Relación al paciente: ()Madre ()Padre ()Abuela ()Abuelo ()Guardián ()Otro - _____

Los padres del niño están:

- () casados y viven juntos
- () separados y no viven juntos
- () divorciados y no viven juntos
- () otro: _____

Arreglos de custodia:

- () La madre es la responsable y el padre tiene derecho de visitar
- () El padre es el responsable y la madre tiene derecho de visitar
- () Ambos padres tienen la custodia compartida
- () La madre es la responsable y el padre tiene derecho limitado de visitar
- () El padre es el responsable y la madre tiene derecho limitado para visitar
- () Los abuelos tienen custodia
- () Tutor temporal (foster care)
- () Otro - _____

Quien es el cuidador principal:

- () madre
- () padre
- () abuela
- () abuelo
- () otro - _____

Como se desempeña en escuela? () bien () mal

Cuanto tiempo ausente este año? # _____ de () días () semanas () meses

Vive el niño en una casa construida antes de 1970? () Si () No

Fuma alguien en la casa? () Si () No

Quien? () madre () padre () abuela () abuelo () otro - _____

Ha sido el niño abusado físicamente? () Si () No

Ha sido el niño abusado sexualmente? () Si () No

Hay una pistola en la casa? () Si () No

Esta guardado en un lugar seguro, cerrado con llave? () Si () No

Usa su hijo tabaco? () Si () No

() Cigarrillo - Cantidad _____ paquete(s) por # _____ () día () semana por # _____ años

() Tabaco masticado - Cantidad _____ lata(s) por # _____ () día () semana por # _____ años

() Cigarrillo al vapor - Cantidad _____ cartucho(s) por # _____ () día () semana por # _____ años

Alguna preocupación con alcohol o drogas? () Yes () No

Su niño va donde un especialista?) no () si –explique porque: _____

Tiene preocupaciones por la salud dental de su niño? () no () si – explique porque: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Historia Familiar: (marque todo lo que corresponda)

- | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco antes de los 50 años de edad | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Alta presión arterial | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Envenenamiento al plomo | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Suicidio | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> madre | <input type="checkbox"/> padre | <input type="checkbox"/> hermano | <input type="checkbox"/> abuelo | <input type="checkbox"/> abuela |

Salud de la Familia:

Nombre de la madre: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Nombre del padre: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Nombre del tutor: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Nombre del hermano: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Nombre del hermano: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Nombre del hermano: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Nombre del hermano: _____ Edad: __ Vive con el niño? () si () no Salud: () Bueno () Enfermo () Fallecido

Historia Médica del Paciente:

El paciente tiene alergias? Qué tipo de alergia y cuál es la reacción (ejemplo-medicina, plantas, comida, insecto):

El paciente tiene enfermedades crónicas: _____

Le han hecho cirugías al paciente? Qué tipo de cirugía?: _____

Note todos los medicamentos y vitaminas que toma el paciente. _____

Cual farmacia usa? _____ Dirección/Teléfono #: _____



CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
CON UNA AGENCIA O PERSONA EXTERNA
DEL DISTRITO ESCOLAR ERLANGER ELSMERE

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento: _____

Dirección

Teléfono: _____

Ciudad, estado, código postal

Autorizo al Distrito Escolar Erlanger Elsmere a comunicar/compartir información con la siguiente persona o agencia. Entiendo que la información que puede ser compartida puede estar protegida por la Ley HIPAA como registro de salud protegido o por la Ley FERPA como registro educativo confidencial. Esta información está siendo compartida con el propósito de que haya una comunicación en los dos sentidos para intercambio de información para planificación del tratamiento y progreso.

Salud/Seguridad

HealthPoint Family Care
Name of Individual or Agency
1401 Madison Avenue
Street Address
Covington, KY 41011
City, State, Zip Code

Entiendo que esta autorización para divulgación/invitación es voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento mediante un aviso escrito. A menos que revoque esta autorización para divulgación/invitación por escrito, tendrá plena vigencia hasta _____. Si no se indica ninguna fecha, esta divulgación estará vigente durante un (1) año calendario desde la fecha en que se firmó. Ninguna revocación tendrá vigencia sobre divulgaciones anteriores otorgadas de acuerdo con y según esta autorización para divulgación/invitación. Entiendo que la información divulgada según mi autorización puede volver a ser divulgada por esta agencia o persona solo mediante el proceso establecido en la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

Firma del padre/madre/tutor legal
(El/La estudiante debe firmar si tiene más de 18 años)

Fecha

Firma de testigo (Signature of Witness)

Fecha (Date)

Por favor enviar por fax una copia de este formulario completo a Shawn Neace al (859) 727-5653
500 Graves Avenue, Erlanger, Kentucky 41018