



Procedura zapisu na szkolne świadczenia medyczne

Szanowni Rodzice i Opiekunowie!

Community Health Center, Inc. (CHC) z przyjemnością informuje o podjęciu świadczenia usług ochrony zdrowia w godzinach zajęć na terenie szkoły Państwa dziecka. W obiekcie szkolnym dyplomowany personel medyczny oferuje poszerzony zakres usług ambulatoryjnych (leczenie schorzeń i/lub obrażeń, badania lekarskie), terapii behawioralnej (terapia indywidualna, grupowa i rodzinna) oraz w zakresie higieny stomatologicznej (badania, fluorowanie, czyszczenie, prześwietlenia, powłoki uszczelniające). Stomatologiczne zabiegi odtwarzające (wypełnienia ubytków, amputacje miąższu zęba, leczenie kanałowe, usuwanie zębów mlecznych, znieczulenia miejscowe, rozwieracze szczęk, prostowanie zachowawcze uzębienia: aparaty ortodontyczne) mogą być również dostępne poprzez szkołę. Szkolne usługi medyczne przewidziano jako uzupełnienie opieki świadczonej przez lekarza rodzinnego dziecka. Jednak rodzice dziecka uczęszczającego do własnego dentysty (poza Community Health Center) nie powinni zapisywać go do stomatologa szkolnego. Szkolne usługi medyczne nie mają zastępować opieki świadczonej przez głównego świadczeniodawcę medycznego dziecka.

Wszystkie dzieci zapisane do szkolnego programu opieki zdrowotnej kwalifikują się do korzystania z usług medycznych bez względu na posiadanie/nieposiadanie ubezpieczenia. Dzieci ubezpieczone w ramach programów HUSKY oraz Medicaid korzystają z usług w 100% bezpłatnie. CHC honoruje większość programów ubezpieczenia zdrowotnego. Zakres ochrony oraz koszt poszczególnych programów zależy od posiadanego planu.

Od pacjentów nieposiadających ŻADNEGO programu ubezpieczenia dentystycznego pobierana będzie opłata w wysokości 30,00 USD. Pacjentów BEZ ubezpieczenia dentystycznego obowiązuje dodatkowa opłata w wysokości 25,00 USD za powłoki uszczelniające. Pacjentów BEZ ubezpieczenia dentystycznego obowiązuje opłata za stomatologiczne zabiegi odtwarzające wynosząca 50,00 USD, a za badania dentystyczne – 18,00 USD. Usługi dentystyczne w szkole będą – w miarę możliwości – świadczone w odstępach półrocznych. Osoby bez ubezpieczenia medycznego prosimy o uzyskanie dodatkowych informacji na temat programu HUSKY. W ramach ambulatoryjnego programu dentystycznego dziecko z ubezpieczeniem prywatnym zostanie przyjęte w sytuacjach wyjątkowych i tylko wtedy, gdy rodzina aktualnie nie posiada świadczeniodawcy opieki dentystycznej.

Wszystkie strony niniejszego formularza rejestracyjnego należy wypełnić, podpisać długopisem i oddać w szkole – co jest warunkiem zakwalifikowania dziecka.

DANE KONTAKTOWE:



NAZWISKO		IMIĘ		INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA	
ULICA I NUMER BUDYNKU			MIEJSCOWOŚĆ		STAN KOD POCZTOWY
TELEFON		DRUGI TELEFON		ADRES E-MAIL	
SZKOŁA			NAUCZYCIEL		KLASA
PŁEĆ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K		DATA URODZENIA		NR SOCIAL SECURITY	
POCHODZENIE ETNICZNE <input type="checkbox"/> Latynoskie <input type="checkbox"/> Niełatynoskie		PRZYNALEŻNOŚĆ RASOWA <input type="checkbox"/> Nieznana <input type="checkbox"/> Polinezja <input type="checkbox"/> Afroamerykanin <input type="checkbox"/> Azjatycka <input type="checkbox"/> Indianin północnoamerykański <input type="checkbox"/> Indianin alaskarski <input type="checkbox"/> Biała			
RODZIC/OPIEKUN		POKREWIEŃSTWO		DATA URODZENIA TELEFON	
ULICA I NUMER BUDYNKU			MIEJSCOWOŚĆ		STAN KOD POCZTOWY
NAZWISKO OSOBY KONTAKTOWEJ W SYTUACJACH NAGŁYCH			POKREWIEŃSTWO		TELEFON

UBEZPIECZENIE GŁÓWNE		NR POLISY/NR MEDICAID		NR GRUPY	
NAZWA UBEZPIECZALNI TELEFON UBEZPIECZALNI			IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO		
NR SSN UBEZPIECZONEGO		DATA URODZ. UBEZPIECZONEGO		PRACODAWCA UBEZPIECZONEGO	
UBEZPIECZENIE DODATKOWE		NR POLISY/NR MEDICAID		NR GRUPY	
NAZWA UBEZPIECZALNI TELEFON UBEZPIECZALNI			IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO		
NR SSN UBEZPIECZONEGO		DATA URODZ. UBEZPIECZONEGO		PRACODAWCA UBEZPIECZONEGO	
UBEZPIECZENIE KOSZTÓW DENTYSTYCZNYCH		NR POLISY/NR MEDICAID		NR GRUPY	
NAZWA UBEZPIECZALNI TELEFON UBEZPIECZALNI			IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO		
NR SSN UBEZPIECZONEGO		DATA URODZ. UBEZPIECZONEGO		PRACODAWCA UBEZPIECZONEGO	
UBEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ BEHAVIORALNYCH		NR POLISY/NR MEDICAID		NR GRUPY	
NAZWA UBEZPIECZALNI TELEFON UBEZPIECZALNI			IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO		
NR SSN UBEZPIECZONEGO		DATA URODZ. UBEZPIECZONEGO		PRACODAWCA UBEZPIECZONEGO	
<input type="checkbox"/> Nie posiadam ubezpieczenia medycznego					

Proszę zaznaczyć T lub N przy każdym z poniższych oświadczeń i podpisać się pod nimi.		T	N				
Zgadzam się na to, by ambulatoryjny personel stomatologiczny (ośrodka Community Health Center, Inc. - CHC) świadczył mi/mojemu dziecku opiekę stomatologiczną i inne usługi. Podczas pierwszej wizyty u świadczeniodawcy opieki zdrowotnej zostanie przeprowadzony krótki wywiad lekarski.							
Świadczenia mogą obejmować usługi medyczne.							
Świadczenia mogą obejmować terapię behawioralną.							
Świadczenia mogą obejmować usługi stomatologiczne. (Zgadzam się, aby ambulatoryjny personel stomatologiczny leczył moje dziecko i świadczył inne usługi stomatologiczne w lokalizacjach uznanych przez ośrodek Community Health Center za właściwe dla takich zabiegów.)							
Stwierdzam, że podane informacje zdrowotne odpowiadają mojej najlepszej wiedzy. Rozumiem, że podanie błędnych danych może być groźne dla zdrowia pacjenta. W razie zmian w historii medycznej dziecka, niniejszym zobowiązuję się do powiadomienia szkolnego personelu medycznego.							
Zgadzam się na przekazywanie mi wiadomości na numer telefonu podany w części niniejszego formularza „Dane ucznia/pacjenta”.							
Potwierdzam otrzymanie egzemplarza Regulaminu praw i obowiązków CHC.							
Upoważnienie do ujawnienia informacji i dokonania płatności: Niniejszym zezwalam na ujawnienie wszelkich danych medycznych i innych niezbędnych do rozpatrzenia mojego wniosku o refundację. Zezwalam również na przekazywanie należnych mi refundacji medycznych do CHC tytułem należności za świadczone usługi.							
Uznanie praktyk dotyczących ochrony prywatności: Zgadzam się na wykorzystywanie i ujawnianie chronionych informacji o moim zdrowiu przez CHC czy inną osobę bądź organizację dla celów prowadzenia leczenia, uzyskania należności oraz innych czynności administracyjnych w ośrodku zdrowia. Chronione informacje o zdrowiu, które mogą być wykorzystane bądź ujawnione przez CHC, obejmują informacje dotyczące zakażenia wirusem HIV/AIDS, zdrowia psychicznego, leczenia uzależnienia od narkotyków i alkoholu – o ile informacje te będą wykorzystywane lub ujawniane zgodnie z prawem stanu Connecticut i prawem federalnym, co może wymagać udzielenia przez oddzielny upoważnienia. Rozumiem, że informacje o tym, w jaki sposób CHC wykorzysta i ujawni informacje o mnie, można znaleźć w Oświadczeniu o regulaminie ochrony prywatności CHC (Notice of Privacy Practices). Przyjmuję do wiadomości, że niniejsza zgoda obowiązuje dopóty, dopóki CHC będzie przechowywać moje chronione dane medyczne.							
Zezwolenie na wymianę informacji dotyczących zdrowia i edukacji ze szkołą: Niniejszym wyrażam zgodę na wzajemną wymianę przez Community Health Center, Inc. (CHC) danych dotyczących zdrowia i edukacji mojego dziecka z lokalnymi władzami oświatowymi w celu zapewnienia mu w razie potrzeby opieki i leczenia.							
Niniejsze upoważnienie zachowuje ważność aż do odwołania. Rozumiem, że w każdej chwili mogę odwołać niniejsze upoważnienie, składając pisemne powiadomienie o cofnięciu zgody. Uznaję, że ewentualnie otrzymane przez władze oświatowe informacje z karty pacjenta dziecka nie podlegają ochronie z tytułu ustawy o zakresie i odpowiedzialności ubezpieczeń zdrowotnych oraz utrzymaniu tajemnicy lekarskiej (HIPAA Privacy Rule), jednak informacje dotyczące edukacji zostaną objęte ochroną ustawy o prawach rodzin do oświaty i ochrony prywatności (Family Educational Rights and Privacy Act). Rozumiem również, że jeśli odmówię złożenia podpisu, moja odmowa nie ograniczy możliwości dostępu mojego lub mojego dziecka do opieki zdrowotnej. Potwierdzam, że kopia niniejszego upoważnienia ma moc taką jak oryginał.							
Składając poniżej podpis, przyjmuję do wiadomości, co następuje: 1) Potwierdzam zapoznanie się i zrozumienie niniejszego formularza zgody. 2) Potwierdzam otrzymanie oświadczenia o regulaminie ochrony prywatności aktualnie obowiązujących w CHC.							
<table border="1"> <tr> <td>PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO</td> <td>PODPIS UCZNIA, JEŚLI MA UKOŃCZONE 18 LAT</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>X</td> </tr> </table>		PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO	PODPIS UCZNIA, JEŚLI MA UKOŃCZONE 18 LAT	X	X		
PODPIS RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO	PODPIS UCZNIA, JEŚLI MA UKOŃCZONE 18 LAT						
X	X						
IMIĘ I NAZWISKO RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO PISMEM DRUKOWANYM		DATA					





Wywiad lekarski ucznia/pacjenta oraz wywiad rodzinny

WYPEŁNIA SEKRETARIAT	
IMIĘ I NAZWISKO UCZNIĄ/PACJENTA	NUMER KARTY CHOROBY

Dane medyczne ucznia/pacjenta

Czy uczeń/pacjent cierpi na alergię albo występowały u niego reakcje na:	T	N
Pokarmy (w tym nietolerancja laktozy)		
Leki (penicylina lub inne antybiotyki)		
Miejscowe środki znieczulające (lidokaina itp.)		
Kauczuk syntetyczny		
Proszę objaśnić charakter ewentualnych alergii:		
Czy uczeń/pacjent przyjmuje aktualnie leki (również przez inhalator)? Jeśli tak, proszę wymienić:		
Czy uczeń/pacjent doznał kiedykolwiek poważnych obrażeń albo urazów związanych z uprawianiem sportu?		
Czy był kiedykolwiek hospitalizowany? Jeśli tak, podać daty hospitalizacji:		
Czy uczeń/pacjent przeżył jakiegokolwiek zabieg operacyjny w przeszłości?		
Czy uczeń/pacjent doświadczył w ostatnim roku zmian w stanie zdrowia?		
Czy uzębienie ucznia/pacjenta jest przyczyną bólu?		
Czy uczeń/pacjent cierpi na dolegliwości serca, np. szmery lub wrodzona wada serca?		
Czy uczeń/pacjent pali albo żuje tytoń?		
Czy u ucznia/pacjenta występują krwawienia dziąseł podczas szczotkowania lub nitkowania zębów?		
Czy uczeń/pacjent przechodził w ciągu ostatnich sześciu miesięcy stomatologiczne czyszczenie uzębienia?		
Czy zachodzi konieczność podania leku przed zabiegami dentystycznymi?		
Czy uczennica/pacjentka jest lub może być aktualnie w ciąży?		
Czy uczennica/pacjentka aktualnie karmi piersią?		
<p>Objaśnienie zabiegów dentystycznych: Charakter i cel zabiegów został mi wyjaśniony. Objąsniiono mi również alternatywne zabiegi (jeśli istnieją), wraz z ich zaletami, wadami i towarzyszącym ryzykiem. Rozumiem, że spodziewany wynik leczenia jest pomyślny, jednak nie można dokładnie przewidzieć możliwości wystąpienia lub charakteru powikłań, dlatego nie udziela się żadnych gwarancji, wyrażonych ani domniemanych, co do wyników leczenia.</p> <p>Ryzyko: Chociaż występowanie zagrożeń i powikłań nie jest częste, wiadomo, że towarzyszą one zabiegom stomatologicznym; najczęstszym z nich jest przygryzienie przez dziecko i zranienie języka lub wargi po podaniu znieczulenia miejscowego lub bolesność wokół miejsc poddanych zabiegowi. Ponadto, do rzadszych powikłań należą zakażenia i obrzęki.</p>		
Proszę wyjaśnić każdą odpowiedź „Tak”		
Czy nasz personel powinien wiedzieć o czymkolwiek jeszcze przed podjęciem leczenia ucznia/pacjenta?		

Dane medyczne i stomatologiczne ucznia/pacjenta

IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA	NUMER TELEFONU LEKARZA
IMIĘ I NAZWISKO DENTYSTY	NUMER TELEFONU DENTYSTY
	T N
Czy byłeś(-aś) u dentysty w okresie ostatnich 3 lat?	
iniejszym potwierdzam, że powyżej figuruje nazwisko mojego głównego świadczeniodawcy usług dentystycznych i NIE chcę, aby personel ambulatoryjny zastępował go w tej roli.	
Niniejszym potwierdzam, że program ambulatoryjny jest moim programem podstawowej opieki dentystycznej.	
DATA OSTATNIEGO BADANIA LEKARSKIEGO	DATA OSTATNIEGO STOMATOLOGICZNEGO CZYSZCZENIA UZĘBIENIA
APTEKA	TELEFON APTEKI

Czy uczeń/pacjent cierpi na którąś z poniższych chorób bądź dolegliwości?

SCHORZENIE/DOLEGLIWOŚĆ	T	N	SCHORZENIE/DOLEGLIWOŚĆ	T	N
Anemia lub choroby krwi			Mononukleozą		
Astma			Nadwaga/otyłość		
Autyzm (łagodny lub ciężki)			Zapalenie płuc		
Infekcje pęcherza lub nerek			Gorączka reumatyczna lub choroba serca		
Rak			Skolioza		
Ospa wietrzna			Napady epileptyczne		
Cukrzyca			Ostry trądzik młodzieńczy		
Problemy z przyjmowaniem pokarmu			Zaburzenia snu		
Schorzenia układu wewnętrzwydzielniczego			Choroba tarczycy		
Bóle głowy/migreny			Gruźlica		
Zapalenie wątroby			Dolegliwości wrzodowe/trawienne		
Zaburzenia uczenia się/rozwoju psychicznego					
Inne schorzenia/dolegliwości:					

Dane o zdrowiu emocjonalnym ucznia/pacjenta

Czy uczeń/pacjent był kiedykolwiek leczony/korzystał z usług poradni lub terapii behawioralnej?	T	N			
Jeśli tak, proszę podać – Nazwa placówki:					
Termin skorzystania z usług:					
Czy uczeń/pacjent cierpi na któreś z poniższych problemów emocjonalnych:					
PROBLEM	T	N	PROBLEM	T	N
Zmiany w rodzinie			Problemy ze opanowaniem gniewu		
Problemy szkolne			Problemy z koncentracją		
Stres w grupie rówieśniczej			Stany smutku i/lub wahania nastroju		
Stany lękowe			Wagarowanie/unikanie szkoły		
Zaburzenia uczenia się			Niedawna strata emocjonalna		
Inne problemy emocjonalne:					

Czy kogokolwiek z członków bliższej rodziny ucznia/pacjenta (tj. rodzice, dziadkowie, wujowie/ciotki, rodzeństwo) - żyjących lub nieżyjących - stwierdzono następujące problemy?

SCHORZENIE/DOLEGLIWOŚĆ	T	N	SCHORZENIE/DOLEGLIWOŚĆ	T	N
Uzależnienie od narkotyków/alkoholu			Nadciśnienie krwi		
Uczulenia/astma			Wysokie stężenie cholesterolu		
Stany lękowe/depresja			Choroba nerek		
Zapalenie stawów			Choroba płuc/gruźlica		
Wady wrodzone			Opóźnienie rozwoju umysłowego		
Schorzenia krwi			Otyłość		
Rak – podać rodzaj:			Drgawki/napady epileptyczne		
Cukrzyca			Niedokrwistość sierpowata		
Schorzenia układu wewnętrzwydzielniczego			Palenie tytoniu		
Zawał serca lub udar mózgu: Jeśli tak, to kiedy <input type="checkbox"/> Przed 55 rokiem życia <input type="checkbox"/> Po 55 roku życia					

WYPEŁNIA SEKRETARIAT	
PODPIS ŚWIADCZENIODAWCY	DATA

