



Inscripción a los servicios de salud en sedes escolares

Estimados padres, madres y tutores,

El Community Health Center, Inc. (CHC) tiene el agrado de ofrecer servicios de salud en sedes escolares dentro de la escuela de su hijo/a durante el horario escolar. Los proveedores de salud con licencia se encuentran disponibles en su escuela con el fin de proporcionar servicios **médicos** ampliados (tratamiento para enfermedades o lesiones y exámenes físicos), **servicios de salud de la conducta** (terapia individual, grupal y familiar) y **servicios de higiene dental** (exámenes, aplicación de flúor, rayos X y selladores). **Los servicios de restauración dental** (empastes, pulpotomías, endodoncia, extracción de dientes de leche, coronas de acero inoxidable, anestesia local, abrebocas, tratamiento de dientes torcidos: mantenedores de espacio) también pueden proporcionarse en la escuela de su hijo/a. Los servicios de salud en sedes escolares trabajan de manera conjunta con la atención brindada por el pediatra de su hijo/a. Sin embargo, si el dentista de su hijo/a no pertenece al Community Health Center, usted no debe inscribirlo para que reciba servicios dentales en sedes escolares. Los servicios no están destinados a reemplazar la atención usual brindada por el proveedor de atención primaria de la salud de su hijo/a.

Todos los niños inscritos en el programa de servicios de salud en sedes escolares son elegibles independientemente de la clase de seguro que tengan. Para los niños asegurados por HUSKY o Medicaid, los servicios tienen una cobertura del 100% (sin costo). El CHC acepta la mayoría de los planes de seguro. La cobertura y los costos de esos planes dependen de la cobertura brindada por su seguro.

Para los pacientes SIN ninguna clase de seguro dental, el costo de los servicios será de \$30.00. Los selladores tienen un costo adicional de \$25.00 para los pacientes SIN seguro dental. El costo del tratamiento de restauración dental es de \$50.00 y el costo del examen dental es de \$18.00 para los pacientes SIN seguro dental. Los servicios dentales se prestarán cada seis meses, según lo que permita la programación. Si usted no cuenta con un seguro, consulte al personal sobre el seguro HUSKY. El programa dental móvil aceptará a los niños que tienen un seguro privado en circunstancias especiales y sólo si la familia no tiene un prestador de servicios dentales en estos momentos.

Deben completarse todas las secciones del presente formulario de registro/ inscripción, firmar con pluma y devolver a la escuela antes de que su hijo/a esté en condiciones de recibir la prestación de servicios.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:



Información del estudiante/paciente	APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
	CALLE			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	TELÉFONO		OTRO TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO	
	ESCUELA			MAESTRO/A		GRADO
	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO		N° DE SEGURO SOCIAL		
	PERTENENCIA ÉTNICA <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No Hispana		RAZA <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático			
	PADRE/MADRE/TUTOR		RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	
	CALLE			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NOMBRE DEL CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			RELACIÓN	TELÉFONO	

Por favor, marque S o N después de cada afirmación y firme al pie.		S	N
Autorizo para que yo o mi hijo/a seamos atendidos por el personal de servicios de salud en sedes escolares y/o por el personal del programa dental móvil [Community Health Center, Inc. (CHC)]. Durante la visita inicial al profesional de la salud, se elaborará una historia clínica breve.			
Los servicios pueden incluir servicios médicos.			
Los servicios pueden incluir servicios de la salud de la conducta.			
Los servicios pueden incluir servicios dentales (Doy mi permiso para que mi hijo/a pueda ser tratado/a y recibir los servicios del equipo del programa dental móvil en cualquier lugar que Community Health Center (CHC) considere adecuado para brindar este servicio.).			
Certifico que la información médica proporcionada es precisa a mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del estudiante/paciente. Me comunicaré con el personal del programa de servicios de salud en sedes escolares si se producen cambios en mi historia clínica o en la de mi hijo/a.			
Acepto que puedan dejarme mensajes en el número de teléfono proporcionado en la sección Información del estudiante/paciente del presente formulario.			
He recibido una copia de la Política de Derechos y Responsabilidades del CHC.			
Publicación de información y autorización de pago: Autorizo la divulgación de toda clase de información médica o demás información necesaria para procesar mi reclamo. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Community Health Center, Inc. por los servicios prestados.			
Consentimiento y reconocimiento de prácticas privadas: Doy mi consentimiento a Community Health Center, Inc. (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. Entre la información protegida sobre la salud utilizada o divulgada por CHC puede incluirse información relacionada con VIH/SIDA, información psiquiátrica y otra información sobre salud mental, así como información sobre 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 exija 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 Privadas de CHC. Comprendo que este consentimiento estará vigente por el tiempo que CHC conserve la información protegida sobre mi salud.			
Autorización para el Intercambio de información sobre salud y educación: Por la presente, autorizo a Community Health Center, Inc. (CHC) a intercambiar registros sobre salud y educación con el distrito escolar de mi hijo/a a fin de proporcionarle atención y tratamiento, según corresponda.			
Esta autorización tendrá validez hasta que yo la revoque. Comprendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito por 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 registros de educación protegidos por la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (Family Educational Rights and Privacy Act). También comprendo que si me niego a firmar, tal negativa no interferirá en la posibilidad de que yo o mi hijo/a podamos obtener atención médica. Acepto que una copia de esta autorización tiene la misma validez que el documento original.			
Al firmar al pie, comprendo y admito lo siguiente: 1) He leído este consentimiento y lo comprendo; y 2) He recibido el Aviso de Prácticas Privadas de CHC actualmente en vigencia			
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL		FIRMA DEL ESTUDIANTE SI ES MAYOR DE 18	
X		X	
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL INDIVIDUO O PADRE O MADRE O TUTOR LEGAL		FECHA	

Información del estudiante/paciente para facturación	
SEGURO PRINCIPAL	ID SEG./MEDICAID N° GRUPO N°
TELÉFONO DE COMPAÑÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL ASEGURADO
N° SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO EMPLEADOR DEL ASEGURADO
SEGURO SECUNDARIO	ID SEG./MEDICAID N° GRUPO N°
TELÉFONO DE COMPAÑÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL ASEGURADO
N° SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO EMPLEADOR DEL ASEGURADO
SEGURO DENTAL	ID SEG./MEDICAID N° GRUPO N°
TELÉFONO DE COMPAÑÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL ASEGURADO
N° SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO EMPLEADOR DEL ASEGURADO
SEGURO DE LA SALUD DE LA CONDUCTA	ID SEG./MEDICAID N° GRUPO N°
TELÉFONO DE COMPAÑÍA DE SEGUROS	NOMBRE DEL ASEGURADO
N° SEGURO SOCIAL DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO EMPLEADOR DEL ASEGURADO
<input type="checkbox"/> No tengo seguro	





Historia clínica del estudiante/paciente y de la familia

USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE/PACIENTE	FICHA NÚMERO

Información sobre la salud del estudiante/paciente

El estudiante/paciente, ¿es alérgico o ha tenido una reacción a:	S	N
Cualquier alimento (incluso intolerancia a la lactosa)		
Cualquier medicamento (Penicilina u otro antibiótico)		
Anestesia local (incluso lidocaína)		
Látex		
Explique cualquier alergia que padezca:		
El estudiante/paciente, ¿toma algún medicamento en la actualidad (incluso inhalantes)? Si es así, indíquelos:		
El estudiante/paciente, ¿ha sufrido alguna clase de lesiones graves o lesiones relacionadas con el deporte?		
¿Alguna vez se ha hospitalizado al estudiante/paciente durante toda la noche? Si es así, anote la fecha de hospitalización:		
¿Se ha sometido al estudiante/paciente a alguna cirugía en el pasado?		
¿Se ha producido algún cambio en el estado de salud del estudiante/paciente durante el último año?		
El estudiante/paciente, ¿tiene algún diente que le esté provocando dolor?		
El estudiante/paciente, ¿tiene alguna clase de problema cardíaco, como soplo cardíaco o defectos congénitos?		
El estudiante/paciente, ¿fuma o usa tabaco de mascar?		
¿Las encías del estudiante/paciente sangran cuando se cepilla o limpia con hilo dental?		
¿Se le ha hecho una limpieza dental al niño en los últimos seis meses?		
¿Es necesario proporcionar medicación previa antes del tratamiento dental?		
La estudiante/paciente, ¿está embarazada o es posible que lo esté?		
La estudiante/paciente, ¿está amamantando?		
<p>Explicación de los procedimientos dentales: Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de los procedimientos. También se me ha proporcionado información sobre procedimientos alternativos, si los hay, junto con sus ventajas, desventajas y riesgos. Comprendo que se espera obtener buenos resultados pero que no se puede anticipar con exactitud la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones. Por lo tanto, no pueden darse garantías, ni expresas ni implícitas, respecto de los resultados del tratamiento.</p> <p>Riesgos: Si bien no son frecuentes, se conoce la existencia de algunos riesgos y complicaciones asociados con los procedimientos dentales. Entre los más comunes se incluyen que el niño se muerda y lastime la lengua o los labios después de la administración de la anestesia local y que sienta dolor alrededor del área tratada. Además, existen otras complicaciones menos frecuentes, como el riesgo de sufrir infección e hinchazón.</p>		
Explique todas las respuestas que ha marcado "Sí":		
¿Hay alguna otra información que usted cree que nuestro personal debe conocer antes de tratar al estudiante/paciente?		

¿Alguno de los parientes consanguíneos, vivo o fallecido, (padres, abuelos, tías, tíos, hermanos o hermanas) del estudiante/paciente ha tenido alguno de los siguientes problemas?

AFECCIÓN	S	N	AFECCIÓN	S	N
Alcoholismo/abuso de drogas			Hipertensión		
Alergias/asma			Colesterol alto		
Ansiedad/depresión			Enfermedad renal		
Artritis			Enfermedad pulmonar/tuberculosis		
Defectos congénitos			Retraso mental		
Enfermedades de la sangre			Obesidad		
Tipo de cáncer:			Crisis epilépticas/epilepsia		
Diabetes			Anemia drepanocítica		
Enfermedad endócrina/glandular			Tabaquismo		
Ataque cardíaco o derrame cerebral. Si la respuesta es sí:					
<input type="checkbox"/> Antes de los 55 años de edad <input type="checkbox"/> Después de los 55 años de edad					

Información médica y dental del estudiante/paciente

NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO DEL MÉDICO
NOMBRE DEL DENTISTA	TELÉFONO DEL DENTISTA
¿Ha visitado a su dentista durante los últimos 3 años?	
Confirmo que mi proveedor primario de servicios dentales está incluido en la lista anterior y que NO deseo que el programa dental móvil reemplace a ese proveedor.	
Confirmo que el programa dental móvil es mi proveedor primario de servicios dentales.	
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO	FECHA DE LA ÚLTIMA LIMPIEZA DENTAL
FARMACIA	TELÉFONO DE LA FARMACIA

El estudiante/paciente, ¿ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

AFECCIÓN	S	N	AFECCIÓN	S	N
Anemia o enfermedades de la sangre			Mononucleosis		
Asma			Sobrepeso/obesidad		
Autismo (moderado o profundo)			Neumonía		
Infecciones de la vesícula o del riñón			Fiebre reumática o enfermedad cardíaca		
Cáncer			Escoliosis		
Varicela			Crisis epilépticas		
Diabetes			Acné severo		
Problemas de alimentación			Problemas para dormir		
Enfermedad endócrina/glandular			Enfermedad tiroidea		
Dolores de cabeza/migrañas			Tuberculosis		
Hepatitis			Úlcera/problemas digestivos		
Problemas de aprendizaje/de desarrollo					
Otros problemas de salud:					

Información sobre la salud de la conducta del estudiante/paciente

¿Alguna vez el estudiante/paciente ha recibido servicios de orientación o de salud de la conducta?	S	N			
Si es así, informe de – Nombre del proveedor/agencia:					
Fecha de la prestación de servicios:					
¿Ha experimentado el estudiante/paciente alguno de los siguientes problemas de salud de la conducta:					
PROBLEMA	S	N	PROBLEMA	S	N
Cambios en la familia			Problemas relacionados con la ira		
Problemas escolares			Dificultades de atención		
Presiones sociales/de los compañeros			Tristeza y/o cambios de humor		
Ansiedad			Ausentismo escolar		
Problemas de aprendizaje			Pérdida reciente		
Otros problemas de salud de la conducta:					

USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO	
FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA

