

CENTROS SALUD / DENTALES BASADOS EN LA ESCUELA

FORMULARIO DE INSCRIPCION E INFORMACION

Escuelas del Condado de Kent

Estimado Padre / Tutor:

Como estudiante en el sistema de Escuelas Públicas del Condado de Kent, su hijo tiene acceso a los PROGRAMAS MÉDICOS Y DENTALES ESCOLARES DE Choptank Community Health. Esto incluye todos los sitios de salud que se ofrecen en las escuela elemental de Rock Hall.

La misión de los Centros es **mejorar la salud de los estudiantes y la facultad, aumentar el acceso a la atención primaria de salud y disminuir el tiempo perdido de la escuela al brindar atención dentro del entorno escolar.** Nosotros somos una **fuerza conveniente de atención médica de calidad** que funciona en colaboración con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela.

Choptank Community Health reconoce la conexión entre la salud y los resultados académicos positivos. CCHS se complace en asociarse con las Escuelas Públicas del Condado de Kent y el Departamento de Salud del Condado de Kent y para garantizar que los estudiantes estén saludables y listos para aprender.

SERVICIOS DISPONIBLES EN LOS CENTROS DE SALUD ESCOLARES

Congestión/tos	Asesoramiento	Dolor de Oídos
Dolor de Cabeza	Seguimiento Sanitario	Referencias a Especialistas
Evaluaciones de Salud	Educación de Salud	Dolor o Lesiones
Picor/Sarpullido	Recetas	Dificultad Para Respirar
Dolor de Garganta	Exámenes Físicos	Evaluación de Nauseas/Vómitos
Prueba de Estreptocócica	Físicos de Deportes	Exámenes de Presión Arterial

Su hijo puede recibir tratamiento médico en la escuela! No es necesario tomarse un tiempo libre del trabajo para llevar a su hijo al médico o viajar a/desde la escuela, el hogar y un centro médico fuera del sitio. Estos proveedores médicos con licencia pueden:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades
- Servicios de salud del comportamiento
- Servicios de nutrición y discusión de opciones saludables

SERVICIOS DISPONIBLES EN LOS PROGRAMAS DENTALES DE LA ESCUELA

Como estudiante en el Sistema de escuelas públicas del condado de **Kent**, su hijo tiene acceso al **Programa Dental Basado en la Escuela**. El programa es una asociación entre las Escuelas Públicas, los Departamentos de Salud del Condado y el Sistema de Salud Comunitario de Choptank (CCHS).

Los servicios pueden incluir:

Tamizaje Dental	Pulido/limpieza	Fluoruro (puede aplicarse 2 veces)
Selladores Dentales	Educación en Salud Bucal	Referidos de Emergencias Dentales

El Programa Dental Basado en la Escuela no reemplaza a su dentista primario. Una higienista dental examinará a su hijo para determinar que servicios se proporcionarían o si es necesaria una referencia. El higienista brinda atención en el entorno escolar que promueve dientes y encías saludables. Su hijo debe ir a su consultorio dental para un examen completo con rayos X con la frecuencia recomendada por su dentista.

CENTROS SALUD / DENTALES BASADOS EN LA ESCUELA FORMULARIO DE INSCRIPCION E INFORMACION

INFORMACION ADICIONAL

La misión de los Centros es **mejorar la salud de los estudiantes y la facultad, aumentar el acceso a la atención primaria de salud y disminuir el tiempo perdido de la escuela al brindar atención** dentro del entorno escolar. Somos una **fuentes conveniente de atención medica de calidad** que trabaja en colaboración con el medico de su hijo y la enfermera de la escuela. .

Choptank Community Health reconoce la conexión entre la salud y los resultados académicos positivos. CCHS se complace en asociarse con las Escuelas Públicas y los Departamentos de Salud locales para garantizar que los estudiantes estén saludables y listos para aprender.

SERVICIOS: Además de los servicios mencionados anteriormente, los proveedores de SBHC pueden ayudar en el manejo de enfermedades crónicas, realizar Chats Saludables para Niños, brindar educación sobre la salud, derivaciones a especialistas y exámenes físicos para deportes respaldados por la escuela. Cada vez que el personal del Centro de Salud ve a su hijo, se envía una nota a casa que detalla la visita. Además, se comparte un informe sobre la visita con el proveedor de atención médica primaria de su hijo.

COSTO: Las regulaciones federales y estatales requieren que todos los proveedores, incluido Choptank Community Health (CCHS), facturen a todos los pacientes por los servicios del programa del Centro de Salud Escolar. Los programas de Medicaid cubren los cargos del Centro de salud escolar. Si su hijo tiene seguro de salud, facturaremos a la compañía de seguros por los servicios de salud y seguiremos los requisitos de facturación asociados con su plan. Dependiendo de su plan de seguro, puede recibir una factura de CCHS por copagos, deducibles insatisfechos y cualquier servicio no cubierto. Si CCHS no es un proveedor participante con su plan de seguro, se le facturará directamente por los servicios. Si no tiene seguro, ofrecemos una escala móvil de tarifas. Finalmente, el costo asociado con los servicios de laboratorio se facturará a su seguro. Las facturas para estas pruebas vendrán directamente de la compañía del laboratorio.

INTRODUCCIÓN DE INFORMACION DE SEGURO EN LA INSCRIPCION: Proporcione tanta información como sea posible sobre el seguro de su hijo. Ejemplos incluyen:

CareFirst BlueCross BlueShield	
Member Name DOR, NAME	
Member ID ABC810 12 3456	
Group 1900000-MD10	Coverage IND DRUG COPAY \$10/\$20/\$35
BIN #011834 PCN # 0300-0000	
Eff Date 01/01/12	
BC/BS Plan 190/690	

PRIORITY partners	
Participant in Maryland HealthChoice	
Customer Service: 1-800-854-9728	
TTY LINE: 410-424-4643	
1-888-232-0488	
Name: SAMPLE CARD	Recipient#: 00011122233
ID #: 000963717*01	Eff. Date: 09/01/2010
Doctor: ANNAPOLIS REGIONAL MEDICAL CEN	
Doctor Phone: (410)266-1000	
Prescription Drug Co-Pays	
Generic: \$1.00	Brand: \$3.00
Prescription Drug co-pays apply to members age 21 and older.	
Bin #6100B4	W7579999 CAREMARK

PROGRAMA DE TARIFA ESCALONADA: El formulario de inscripción tiene un área para completar para solicitar nuestro Programa de tarifa escalonada, si está interesado. Los pacientes en el programa de tarifa escalonada pueden recibir descuentos que se facturarán en función de sus ingresos. Todos los pacientes y sus familias son elegibles para solicitar el programa de tarifa escalonada, incluso si tienen seguro.

INSCRIPCION: Todos los estudiantes de las escuelas públicas pueden inscribirse en el programa. Por favor complete el formulario de inscripción adjunto. Devuélvalo a la enfermera de la escuela o al Centro de Salud. Una vez que su hijo esté inscrito en el Centro de Salud, no necesitará volver a inscribirse cada año.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con CCHS al (410) 479-4306, ext. 1038.

Para emergencias despues de los horarios normal por favor marque al 443-329-9920 .

OFFICE Entered: _____ Post Scan
 LC: _____ NA: _____
 LP: _____ BW: _____
 E: _____ I: _____ SF: _____ T: _____
 P: _____ FI2: _____ OHI: _____ S: _____

_____ Quiero inscribir a mi hijo/a en el Centro de Salud Escolar y el Programa Dental Escolar.

_____ Quiero inscribir a mi hijo/a en el Centro de Salud Escolar Únicamente.

_____ Quiero inscribir a mi hijo/a en el Programa Dental Basado en la Escuela Únicamente.

Mi hijo/a es un estudiante en: _____ **Grado Escolar:** _____ **Profesora:** _____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

NOMBRE: _____
 DIRECCION: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____
 Masculino / Femenino (circula uno)
 NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____
 RAZA: _____ LATINO/HISPANO?: SI / NO
 IDIOMA PREFERIDO: _____
 DOCTOR: _____ NUMERO: _____
 DENTISTA: _____ NUMERO: _____
 FARMACIA: _____ NUMERO: _____

INFORMACION DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE: _____
 RELACION: _____
 IDIOMA PREFERIDO: _____
 #1 NUMERO: _____
 #2 NUMERO: _____
 CORREO ELECTRONICO: _____
 DE ACUERDO A RECIBIR TEXTOS?: SI / NO
 CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
 RELACION: _____
 NUMERO: _____ NUMERO: _____

SEGURO DE SALUD

NOMBRE DE SEGURO: _____
 NUMERO DE ID DEL MIEMBRO: _____
 NUMERO DE GRUPO: _____
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____
 FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR: ___/___/___
 DIRECCION DE RECLAMACIONES: _____

SEGURO DENTAL

NOMBRE DE SEGURO: _____
 NUMERO DE ID DEL MIEMBRO: _____
 NUMERO DE GRUPO: _____
 NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____
 FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR: : ___/___/___
 DIRECCION DE RECLAMACIONES: _____

Sin seguro? Quisiera aplicar para la tarifa escalonada? SI / NO # de Personas en Hogar?: _____ Ingreso: \$ _____ /anual

HISTORIAL DE SALUD/DENTAL

MEDICAMENTOS TOMADOS A DIARIO: _____

ALERGIAS a MEDICAMENTOS / COMIDA / AMBIENTE: _____

SI / NO SU HIJO A TENIDO ALGUNA HOSPITALIZACION O CIRUGIA RECIENTE?
 EN CASO AFIRMATIVO, ENUMERE: _____

SI / NO ALGUNA PERSONA FUMA EN EL HOGAR? SI NO DROGAS/ADICCION DE ALCOHOL

SI / NO SU HIJO/A SE A QUEJADO DE DOLOR DENTAL EN LOS ULTIMOS SEIS MESES SI / NO

SI / NO HA VISTO SU HIJO UN DENTISTA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES? Ultima Visita?: ___/___/___



Nombre de ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

HISTORIAL DE ESTUDIANTE

SU HIJO/A A TENIDO ALGUNOS DE LO SIGUIENTES?
(circula "si" o "no")

- SI NO DEFICIT DE ATENCION
- SI NO ANEMIA
- SI NO ASMA/RESPIRACION
- SI NO DESORDEN SANGUINEO
- SI NO CANCER
- SI NO DISCAPACIDAD
- SI NO DIABETES
- SI NO DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑA
- SI NO AUDIENCIA/VISION
- SI NO PROBLEMA DE CORAZON
- SI NO PRESION ALTA
- SI NO VIH/SIDA
- SI NO RINON/VEJIGA
- SI NO ENVENENAMIENTO DE PLOMO
- SI NO PROBLEMAS DE HIGADO
- SI NO ENFERMEDAD MENTAL
- SI NO OBESIDAD
- SI NO CONVULSIONES/EPILEPSIA
- SI NO PROBLEMAS DE PIEL
- SI NO PROBLEMAS DE ESTOMAGO
- SI NO INFARTO
- SI NO PROBLEMAS TIROIDEOS
- SI NO CARIES DENTAL
- SI NO TUBERCULOSIS

OTRO: _____

HISTORIAL DE FAMILIA

UN FAMILIAR IMEDIATO A TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (padre, hermano/a, abuelo/a) (circula "si" o "no")

- SI NO DEFICIT DE ATENCION Quien?: _____
- SI NO ANEMIA Quien?: _____
- SI NO ASMA/RESPIRACION Quien?: _____
- SI NO DESORDEN SANGUINEO Quien?: _____
- SI NO CANCER Quien?: _____
- SI NO DISCAPACIDAD Quien?: _____
- SI NO DIABETES Quien?: _____
- SI NO DOLOR DE CABEZA/MIGRAÑA Quien?: _____
- SI NO AUDIENCIA/VISION Quien?: _____
- SI NO PROBLEMA DE CORAZON Quien?: _____
- SI NO PRESION ALTA Quien?: _____
- SI NO VIH/SIDA Quien?: _____
- SI NO RINON/VEJIGA Quien?: _____
- SI NO ENVENENAMIENTO DE PLOMO Quien?: _____
- SI NO PROBLEMAS DE HIGADO Quien?: _____
- SI NO ENFERMEDAD MENTAL Quien?: _____
- SI NO OBESIDAD Quien?: _____
- SI NO CONVULSIONES/EPILEPSIA Quien?: _____
- SI NO PROBLEMAS DE PIEL Quien?: _____
- SI NO PROBLEMAS DE ESTOMAGO Quien?: _____
- SI NO INFARTO Quien?: _____
- SI NO PROBLEMAS TIROIDEOS Quien?: _____
- SI NO CARIES DENTAL Quien?: _____
- SI NO TUBERCULOSIS Quien?: _____

OTRO: _____

Información Adicional: _____

- ◊ Entiendo que mi firma da mi consentimiento para que los Proveedores del Centro de Salud / Odontología Basados en la Escuela de CCHS traten a mi hijo y se comuniquen con el proveedor de atención médica primaria de mi hijo. Doy permiso a CCHS para llamar a mi casa, dejar un mensaje con respecto a la información de atención médica. CCHS también puede enviar información de salud a mi hogar.
- ◊ Entiendo que la información de salud de mi hijo se utilizará para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- ◊ Reconozco que los directorios escolares se utilizarán para obtener información en blanco en el formulario de inscripción
- ◊ El registro de vacunación de mi hijo puede compartirse entre la enfermera escolar y los centros de salud / odontológicos escolares. A los fines de la coordinación de la atención y la gestión de casos, el personal clínico de la escuela tendrá acceso a los registros de salud SBHC / SBDP y el personal clínico de la escuela compartirá información de salud con el personal SBHC / SBDP. Se requiere que el personal clínico de la escuela trate la información en el registro de salud SBHC / SBDP como confidencial y cumpla con la Regla de privacidad de HIPAA y la Ley FERPA.
- ◊ Entiendo que el estudiante puede solicitar que las visitas sean confidenciales. La ley de Maryland no requiere el consentimiento de los padres para el tratamiento o asesoramiento sobre abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, embarazo o anticoncepción. Los estudiantes mayores de 12 años pueden recibir servicios de salud mental sin el consentimiento de los padres. Bajo ninguna circunstancia, los registros SBHC / SBDP se convierten en parte del registro de salud escolar del estudiante .
- ◊ Entiendo que los servicios prestados a mi hijo se facturarán a mi compañía de seguros o Asistencia Médica. Puedo recibir una factura de CCHS por copagos y / o deducibles.
- ◊ Entiendo que mi firma indica que he tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de Practicas de Privacidad de Choptank Community Health. Si no tengo seguro, los costos de visita se facturaran por el costo total de los servicios o a una tarifa escalonada, si corresponde. Se me ofrecerá una Solicitud de tarifa escalonada independientemente de que tenga o no un seguro medico/dental.

Firma de Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

POR FAVOR COMPLETE Y REGRESE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA. GRACIAS!

Documented and reviewed by: _____