



**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
SCHOOL BASED HEALTH CENTER
PAQUETE DE INSCRIPCIÓN**



Bienvenido a Primary Health Solutions School Based Health Center.

Este centro es muy único basado en la escuela. Ofrece a los estudiantes y miembros de la comunidad acceso a la atención médica cuando, de otro modo, no estaría disponible. Operamos durante todo el año y durante el año escolar ofrecemos transporte SIN COSTO desde las escuelas en el distrito a los centros de salud y viceversa. Los padres / tutores son siempre bienvenidos en las citas, pero no es obligatorio que estén allí. Después del primer año, solo los elementos que cambian deben completarse. Ejemplos: calificación en la escuela, construcción de escuelas, direcciones, números de teléfono, historial médico, información del seguro, etc.

Una vez que los estudiantes completaron el consentimiento y se recibió el historial, comenzaremos a programar citas para los servicios aprobados. Recibirá un aviso de la hora de la cita del estudiante por teléfono o una nota de la escuela. Si no recibimos una solicitud para cambiar la cita, procederemos según lo programado.

- Complete los documentos requeridos y regrese a la escuela con el estudiante o déjelos en el centro de salud.
- La programación puede retrasarse si faltan documentos o la información es ilegible.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros durante el horario de atención habitual al (513) 454-1111.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS				
El día de hoy: Mes / Día / Año	Apellido del alumno:	Nombre del alumno:	M.I.	Fecha de nacimiento del estudiante: Mes / Día / Año
Escuela del estudiante:	Edificio del estudiante:	Grado del estudiante:	Número de identificación de la escuela del estudiante:	

SERVICIOS DE CUIDADO PRIMARIO

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **ATENCIÓN MÉDICA**, incluidos exámenes de niños sanos (incluye trabajo, guardería y exámenes físicos para deportes), vacunas apropiadas, evaluaciones de comportamiento apropiadas y tratamiento por enfermedad o lesión, incluso medicamentos de venta libre a menos que se necesiten servicios de emergencia.

NO, no deseo que mi hijo reciba **ATENCIÓN MÉDICA** en el Centro de Salud Escolar (SBHC)

SERVICIOS DENTALES

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en la oficina dental de la escuela / móvil que incluye atención preventiva, exámenes dentales, radiografías, selladores, empastes, anestesia local, extracción de dientes y endoncias, si es necesario. También se proporcionarán selladores y otros procedimientos preventivos. El plan de tratamiento será provisto y aprobado por los padres / tutores ANTES de comenzar el tratamiento.

NO, no deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en el SBHC.

SERVICIOS DE VISIÓN

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **SERVICIOS DE VISIÓN**, que pueden incluir exámenes oculares integrales (incluida la dilatación), terapia de la vista y corrección de ajuste / dispensación de la visión.

NO, no deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DE VISIÓN** en el SBHC.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo sea **TRANSPORTADO / ACOMPAÑADO** hacia y desde el SBHC por un designado de la escuela. Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, libero Primary Health Solutions, sus miembros de la Junta, Sus empleados y agentes / representantes autorizados de cualquier y toda responsabilidad por daños personales o daños resultantes del transporte hacia o desde la escuela para estos fines.

NO, no deseo que mi hijo sea **TRANSPORTADO / ACOMPAÑADO** a la escuela o a la escuela para estos fines.

Al firmar este consentimiento, acepto los términos y condiciones relacionados con el Pago por servicios y uso compartido de la información de salud como se explica en el formulario de descripción del programa adjunto. También he recibido y estoy de acuerdo con el Consentimiento del paciente para el uso y la Divulgación de Información de salud protegida como se explica en el formulario de Descripción del programa. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del padre o tutor o firma del paciente / estudiante (solo si tiene 18 años o más)

Nombre impreso del padre / tutor o nombre impreso del paciente / alumno (solo si tiene 18 años o más)

Fecha



**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
REGISTRO DEL PACIENTE/FORMULARIO FINANCIERO**



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año

INFORMACIÓN FINANCIERA REVISADA – SIN CAMBIOS

PARTE RESPONSABLE (Requerido para menores de 18 años y siempre que el Fiador no sea el Paciente):

Apellido	Nombre	MI	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	Relación
----------	--------	----	-----------------	---------------------	----------

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Favor, presente TODAS las Tarjetas de Seguro y Foto ID a la Recepcionista):

Seguro Primario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación
Seguro Secundario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación
Seguro Terciario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Copago \$	Titular de la Póliza	Relación

INGRESOS DEL HOGAR:

Es la política de Primary Health Solutions proporcionar servicios esenciales a aquellos que no tienen medios o medios limitados para pagar sus servicios médicos (sin seguro o seguro insuficiente). Los descuentos se basarán únicamente en el ingreso y el tamaño de la familia. Por favor complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

** Para los efectos de la asistencia, la familia se define como: un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntos; todas esas personas (incluyendo miembros de la subfamilia relacionados) son consideradas como miembros de una familia.*

Sección (a): Ingreso total combinado para todas las personas que trabajan en el hogar. **Sección (b):** Con qué frecuencia se le paga. **Sección (c):** Cualquier ingreso adicional recibido en el hogar. **Sección (d):** Número total de personas que los ingresos del hogar apoyan.

TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL

(a) Ingreso total del Hogar antes de Impuestos: \$	(b) <input checked="" type="checkbox"/> Frecuencia: <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada-2 Semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	(c) Otros Ingresos: \$	(d) Número total de personal apoyadas por ingresos:
---	---	---------------------------	---

DOCUMENTACIÓN DE NINGÚN INGRESO:

Si ha informado ingresos de \$ 0 en la sección anterior, explique cómo está satisfaciendo sus necesidades diarias.

CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO:

Entiendo que para determinar la elegibilidad para el programa de Escala de Tarifas, debo proporcionar uno de los siguientes: año anterior W-2, dos talones de pago más recientes, carta del empleador o Formulario 4506-T (si W-2 no se archivó). Si trabajo por cuenta propia, debo presentar los detalles de los últimos tres meses de ingresos y gastos para el negocio. Primary Health Solutions puede solicitar información adicional antes de que el paciente nombrado arriba sea aprobado para un descuento.

Estoy de acuerdo en informar a Primary Health Solutions de cualquier cambio en las circunstancias que puedan afectar la elegibilidad del paciente. Cualquier información falsa o fraudulenta proporcionada será motivo de denegación de servicios para el paciente. Entiendo que la información anterior debe ser actualizada cada doce (12) meses, o si hay algún cambio en el tamaño de la familia o los ingresos del hogar.

He recibido información explicando el Programa Escala de tarifas y acepto seguir sus términos. Entiendo que cualquier descuento para el que soy elegible, se aplicará a todos los servicios recibidos en cualquiera de las prácticas de Primary Health Solutions, pero no a aquellos servicios o equipos que se adquieren desde fuera, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos X por un radiólogo de consultoría y otros servicios similares.

Certifico que toda la información dada por mí es verdadera. Yo consiento a cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes por el proveedor / médico que lo atiende. Entiendo que esta autorización también permitirá que el centro divulgue información relacionada con mi expediente médico a otras oficinas para ayudar en mi cuidado continuo. Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por Primary Health Solutions. Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros y autorizar el pago directamente a Primary Health Solutions. He leído y entiendo completamente lo anterior.

Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprenta)
 Paciente Padres Tutor

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha de la Firma

****PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE****

Income Documents Received: Yes No If No, Reason: One Day Slide Refused Other: _____
 Documents Scanned: Yes No If No, Reason: _____
 Insurance Card Scanned: Yes No If No, Reason: _____

PHS Staff Name (Print)

PHS Staff Signature

Date of Signature



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS (PHS)



Fecha de hoy: Mes / día / año	Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante: Mes / día / año
----------------------------------	--------------------------	------------------------	--

Acuse de Recibo de Practicas de Privacidad

Estamos obligados a dar a cada paciente una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que indican como podemos usar o revelar su información de salud. Por favor firme este formulario para acusar recibo de este aviso y una copia de nuestro folleto del paciente. Puede negarse a firmar si lo desea.

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos pongamos en contacto con usted de la manera más eficiente posible.

- ¿Podemos enviar o recibir información clínica de proveedores de atención médica que participan en su atención? Sí No
- ¿Si tiene una contestadora automática, ¿podemos dejar un recado? Sí No
- ¿Podemos dejar un recado en su trabajo para que llame a nuestra oficina? Sí No
- ¿Hay alguien en su casa con quien podamos dejar un recado? Sí No

En caso afirmativo, proporcione a los miembros del hogar el nombre: _____

Anote abajo a cualquier persona o personas autorizadas por usted para discutir /recibir/acceso su información médica.

Apellido	Nombre de pila	Relación con el paciente
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Al firmar abajo, autorizo a PHS para usar o revelar mi información de salud de una manera consistente con la que se indica en el aviso de prácticas de privacidad que he recibido.

Nombre del tutor (Impresión) _____ Relación con el paciente _____

Firma del paciente y/o tutor _____ Fecha _____

Marque aquí si el paciente se negó a firmar.

Nuestro oficial de privacidad puede ser contactado como sigue:

Nombre del Oficial: Peggy Vazquez
 Dirección de la Oficina: 300 High Street, 4th Floor
 Hamilton, OH 45011
 Phone: (513) 454-1111

PHS Staff Signature/Firma del Personal

Date/Fecha



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
HOGAR DEL ESTUDIANTE, ESCUELA Y HISTORIAL DE SALUD



Fecha de hoy: Mes / día / año	Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante: Mes / día / año
----------------------------------	--------------------------	------------------------	--

HISTORIAL DE LA CASA	SÍ	NO	COMENTARIOS
¿Alguien en el hogar fuma?			
¿Su hijo ha sido víctima de abuso / intimidado?			
¿Ha visto su hijo a alguien abusado?			
¿Reciben lo suficiente para comer?			
¿Hay una pistola en el hogar?			
¿Qué actividades / aficiones disfrutan?			

HISTORIA ESCOLAR	SÍ	NO	COMENTARIOS
¿Hay problemas / discapacidades de aprendizaje?			
¿Están en clases especiales o tienen un IEP?			
¿Han repetido alguna calificación?			
¿Se meten en problemas a menudo en la escuela?			
¿Alguna de las respuestas anteriores es diferente del pasado?			
¿Cuáles son sus calificaciones?			

HISTORIA MÉDICA / DENTAL / OCULAR	SÍ	NO	COMENTARIOS
Fecha del último examen físico (De cabeza a los pies)	Fecha del examen :	Nombre de los proveedores:	
¿Toman algún medicamento actualmente?			
¿Han tomado medicamentos anteriormente?			
¿Son alérgicos a algún medicamento?	Nombre de la farmacia:	teléfono de la farmacia:	
Farmacia Preferida			
¿Alguna vez han estado embarazadas?	# de embarazos:	# de niños vivos:	
¿Alguna vez en el hospital durante la noche?			
¿Alguna cirugía previa?			
¿Alguna lesión en la cabeza anterior?			
¿Algún retraso en el desarrollo?			
¿Vacunas actualizadas?			
¿Otras preocupaciones médicas?			
Fecha del último examen dental completo:	Fecha del examen :	Nombre de los proveedores:	
¿Algún dolor dental?			
¿Se cepillan los dientes?	<input type="checkbox"/> por la mañana <input type="checkbox"/> por la noche <input type="checkbox"/> por la mañana como por la noche <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca		
¿Usan hilo dental?	<input type="checkbox"/> por la mañana <input type="checkbox"/> por la noche <input type="checkbox"/> por la mañana como por la noche <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca		
¿Han tenido alguna vez tratamientos con flúor?			
¿Han aprendido la importancia de los dientes primarios?			
¿Otras preocupaciones dentales?			
Fecha del último examen completo de la vista.	Fecha del examen	Nombre de los proveedores:	
¿Han tenido lentes en el pasado?			
Si es así, ¿todavía los tienen, los usan?			
¿Problemas para ver las cosas cerca?			
¿Tiene problemas para cambiar la distancia?			
¿Dolores de cabeza con tareas relacionadas con la visión?			
¿Otras preocupaciones de los ojos?			
¿Alguna otra información que debemos conocer?			



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS HOGAR DEL ESTUDIANTE, ESCUELA Y HISTORIAL DE SALUD



Fecha de hoy: Mes / día / año	Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante: Mes / día / año
----------------------------------	--------------------------	------------------------	--

¿ alumno o algún miembro de su familia tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?

PROBLEMA	ESTUDIANTE		FAMILIA		PROBLEMA	ESTUDIANTE		FAMILIA		PROBLEMA	ESTUDIANTE		FAMILIA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma / Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia / fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo con ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Célula falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia / Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia / Mascotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza / Frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida auditiva / preocupación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia / Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia Rxn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta / Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal / Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Curvatura espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acné estomacal / Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimientos intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huesos rotos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testículo no en Sac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojo vago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de muelas / Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento por plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Párpado espasmódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bajo peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones del tracto urinario / Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terrones Ingle / Mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descarga vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ojos llorosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo / Tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Vertigos/Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangra la nariz / Frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ojos secos / ardientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pesadillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Eccema / infección de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Cepa ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Al marcar esta casilla, reconozco que he revisado el documento y que no hay antecedentes estudiantiles o familiares de los problemas enumerados anteriormente.

Firma del padre o tutor o firma del paciente / estudiante (solo si tiene 18 años o más)

Nombre impreso del padre / tutor o nombre impreso del paciente / alumno (solo si tiene 18 años o más)

Fecha

**LAS SIGUIENTES
PÁGINAS SON PARA
USTED**

**PARA REVISAR
Y
MANTENGASE PARA SUS
REGISTROS**



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS SCHOOL BASED HEALTH CENTER DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA



Bienvenido al centro de salud ubicado en la escuela de Primary Health Solutions. El Centro de Salud Escolar hace que la atención médica, dental y de la vista esté disponible para todos los estudiantes cuando sea necesario. Si su niño / adolescente se enferma en la escuela o si su niño / adolescente necesita un chequeo, deportes físicos, vacunas, cuidado dental de rutina o un examen de la vista que puede tener que hacer en el Centro de Salud Basado en la Escuela. Si su hijo / adolescente desarrolla un problema dental en la escuela, un dentista puede ver a su hijo sin tener que ausentarse del trabajo y minimizar el tiempo que su hijo está fuera del entorno de aprendizaje.

Cómo funciona el Centro de Salud Escolar (SBHC):

Debe completar el formulario de consentimiento adjunto y las otras páginas de información y devolverlas a la enfermera de la escuela o a la oficina de la escuela.

Usted o su hijo pueden programar una cita en el SBHC si su hijo está enfermo o lesionado. También puede programar una cita para los exámenes físicos, las vacunas, los deportes requeridos o los exámenes físicos para el empleo, la atención dental, los exámenes oculares y todas las preocupaciones relacionadas con la atención médica. Se proporcionarán las prescripciones necesarias.

- Después de la visita de su hijo con el proveedor o dentista, se intentará contactarlo cuando sea necesario. .
- El Centro de salud basado en la escuela no reemplaza a su proveedor de atención primaria (PCP) y unirse al programa no significa que esté cambiando el PCP de su hijo. Se lo alentará a que reciba cualquier atención de seguimiento necesaria con ese PCP y se enviará un resumen de la visita de su hijo al SBHC a esa oficina. Sin embargo, si no tiene un PCP normal, le damos la bienvenida a esa relación y puede convertirse en el PCP de su hijo. Si su hijo ya es paciente de cualquier ubicación de Primary Health Solutions, aún debe firmar este consentimiento para formar parte del Centro de salud escolar.

Derechos y responsabilidades del paciente:

- El tratamiento, la atención y el alojamiento respetuoso, la actualidad, el credo o el sexo; u orientación sexual.
- Tener una evaluación de atención médica y un plan de atención y participar en su plan de atención médica.
- Hablar con su proveedor de atención médica de manera abierta y privada.
- Es responsabilidad del paciente llevar a cabo el plan de tratamiento recomendado.
- Permita por lo menos 30 días para completar los formularios de seguro o discapacidad y la transferencia de registros de tratamiento.
- Notifique al SBHC si recibe el tratamiento en una sala de emergencias u hospital.
- Fuera del horario de atención, en caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercanas. Si tiene un problema urgente y desea hablar con el proveedor de turno, llame al **(513)454-1111**

Los SERVICIOS PRIMARIOS DE ATENCIÓN MÉDICA que podemos brindar incluyen:

- Visitas deficientes (por ejemplo, dolor de garganta, sarpullido, ataque de asma) y seguimiento de problemas médicos, que incluyen exámenes físicos, exámenes y tratamientos / medicamentos según sea necesario.
- Evaluación de lesiones menores, incluidos primeros auxilios.
- Examen físico de rutina (incluidos exámenes físicos para deportes y trabajo) con inmunizaciones, exámenes de rutina y tratamientos según sea necesario.
- Manejo de condiciones crónicas como hipertensión, diabetes y colesterol alto.
- Educación de salud y promoción de bienestar.
- Referencia a agencias externas para recibir atención adicional que no se puede brindar en el Centro de salud escolar.

Los SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD DENTAL que podemos proporcionar incluyen:

- Exámenes y evaluaciones dentales de rutina, incluida la educación de salud dental y los servicios preventivos, como la limpieza y los selladores dentales para ayudar a detener la caries dental.
- Visitas problemáticas (por ejemplo, por dolor, infección o lesión) o visitas para atención urgente o de emergencia, que incluyen exámenes, radiografías, empastes, extracciones (extracción de dientes sueltos o infectados), tratamiento necesario (incluso medicamentos) para infección oral u otros problemas, y / u otros procedimientos (incluidos los conductos radiculares en los dientes frontales).

En cuanto a PAGO POR SERVICIOS:

- Si no tiene seguro de salud para su hijo, será responsable de la factura en el momento apropiado. tarifa de descuento. Sin embargo, a ningún niño se le negará la atención debido a la imposibilidad de pagar por los servicios.
- Si no tiene seguro médico para su hijo, se le solicitará información sobre los ingresos de su hogar para garantizar el cumplimiento de los requisitos federales y para determinar si califica para tarifas reducidas o exentas basadas en la escala de tarifas móviles de Primary Health Solutions. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS SCHOOL BASED HEALTH CENTER DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA



Si tiene un seguro privado, debe comunicarse con su departamento de servicio al cliente para asegurarse de que su seguro pague los servicios en Primary Health Solutions. Si su seguro no cubre Primary Health Solutions, usted será responsable de la factura con la tarifa de descuento correspondiente basada en los ingresos de su hogar.

- A ningún niño se le negará la atención debido a la imposibilidad de pagar por los servicios.
- Podemos ayudarlo si necesita asistencia para solicitar Medicaid. Puede pasar por nuestro centro o llamar al **(513) 454-1111**.
- También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado de Butler al (513) 887-5600.

En cuanto a COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD:

- El Centro de Salud Escolar puede solicitar registros / información médica de cualquier proveedor de atención médica o instalación donde se haya visto a su hijo.
- El Centro de Salud Escolar enviará los resultados de la visita al PCP de su hijo.
- Primary Health Solutions, el centro de salud escolar y / o las enfermeras escolares compartirán información médica, incluidos los registros de vacunación, entre ellos según sea necesario.
- La información médica y cualquier otra información del niño solo se usará en el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica del Centro de salud escolar. Toda la información de su hijo se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes estatales y federales.
- La escuela tiene otros recursos de la comunidad disponibles, incluida la salud mental. Si se necesitan servicios de salud mental, el proveedor del centro de salud puede iniciar una derivación al proveedor de salud mental en la escuela de su hijo o en un sitio de la comunidad. El proveedor de salud mental se pondrá en contacto con usted para obtener su consentimiento. El proveedor del centro de salud y el proveedor de salud mental coordinarán la atención de su hijo según sea necesario. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

Consentimiento del paciente para uso y divulgación de información médica protegida:

- Con mi consentimiento, School-Based Health Center o Primary Health Solutions pueden usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Primary Health Solutions para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.
- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Práctica de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Primary Health Solutions se reserva el derecho de revisar su 'Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de prácticas de privacidad mediante el envío de una solicitud por escrito a Primary Health Solutions en 300 High Street, 4th Floor, Hamilton, OH, 45011.
- Con mi consentimiento, el Centro de Salud Escolar puede llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.
- Con mi consentimiento, School-Based Health Center o Primary Health Solutions pueden enviar a mi casa u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre que estén marcadas como Personal y Confidencial.
- Tengo derecho a solicitar que el Centro de Salud Escolar o Primary Health Solutions restrinjan la forma en que utiliza o divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.
- Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi salud protegida.
- Información para llevar a cabo el tratamiento, pago y operación.
- Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones confiando en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, el Centro de salud escolar puede negarse a brindarme tratamiento.

* Tenga en cuenta que el centro de salud escolar es **completamente opcional**. Los servicios de enfermería y emergencia de la escuela se seguirán brindando como siempre, ya sea que usted dé su consentimiento para el Centro de salud basado en la escuela o no. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que su hijo ya no esté inscrito en uno de los distritos escolares participantes. Puede revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento solicitando al Centro de Salud Escolar, por escrito, que retiren a su hijo del Centro de Salud Escolar. Por favor, notifíquenos al siguiente número y por escrito para cualquier cambio en la tutela.

Por favor, mantenga esta Descripción del programa para sus registros.

El Centro de Salud Escolar es una excelente manera de mantener a su hijo saludable y en la escuela. Por favor, háganos saber si hay algo que le impida inscribir a su hijo. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, llame a Primary Health Solutions al **(513) 454-1111** o comuníquese con la enfermera de su escuela.

