



**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
SCHOOL-BASED HEALTH SERVICES
ENROLLMENT PACKET**



Bienvenido a Primary Health Solutions School Based Health Services (SBH)

Este centro es muy único ya que se basa 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 los distritos donde PHS brinda servicios, hasta los centros de salud y viceversa. Los padres / tutores siempre son bienvenidos en las citas, pero no están obligados a estar allí. Después del primer año, solo se deben completar los elementos que cambian. Ejemplos: grado en la escuela, edificio escolar, distrito escolar, direcciones, números de teléfono, historial médico, información del seguro, etc.

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 déjelo en el centro de Una vez que se reciba el consentimiento y el historial completo del estudiante, comenzaremos a 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 comercial habitual al **(513) 454-1111**.

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS				
Fecha: Mes / Día / Año	Apellido del Estudiante:	Nombre del Estudiante:	M.I.	Fecha de Nacimiento:: Mes / Día / Año
Escuela del Estudiante:	Edificio del Estudiante::	Grado del Estudiante:	ID de la Escuela del Estudiante:	

SERVICIOS DE CUIDADO PRIMARIO

- SÍ**, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **ATENCIÓN MÉDICA**, incluidos exámenes de niño sano (incluye trabajo, guardería y exámenes físicos deportivos), vacunas apropiadas, evaluaciones conductuales apropiadas y tratamiento para enfermedades o lesiones, 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.

SERVICIOS DENTALES

- SÍ**, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en el consultorio dental móvil / basado en la escuela, incluida la atención preventiva, de
- NO**, no deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en el Centro de Salud Escolar.
Exámenes nasales, radiografías, selladores, empastes, anestesia local, extracción de dientes y endodoncias, si es necesario. También se proporcionarán selladores y otros procedimientos preventivos. El plan de tratamiento será proporcionado y aprobado por los padres / tutores antes de comenzar el tratamiento.

SERVICIOS DE VISIÓN

- SÍ**, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **SERVICIOS DE VISIÓN**, que pueden incluir exámenes integrales de los ojos (incluida la dilatación), terapia de la vista y colocación / dispensación de corrección de la vista.
- NO**, no deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DE VISIÓN** en el Centro de Salud Escolar.

SERVICIOS DE TRANSPORTE

- SÍ**, doy mi consentimiento para que mi hijo sea **TRANSPORTADO / ACOMPAÑADO** desde y hacia el SBHC por un designado de la escuela.
Yo, el padre o tutor del alumno mencionado anteriormente, libero a **Primary Health Solutions**, sus miembros de la Junta, Sus empleados y agentes / representantes autorizados de toda responsabilidad por lesiones personales o daños resultantes del transporte hacia o desde la escuela para estos fines.
- NO**, no deseo que mi hijo sea **TRANSPORTADO / ACOMPAÑADO** hacia o desde la escuela para estos propósitos

Al firmar este consentimiento, acepto los términos y condiciones relacionados con el Pago de servicios y el intercambio de información de salud tal 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 divulgación de información de salud protegida como se explica en el formulario de Descripción del programa. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo y acepto que este consentimiento permanecerá vigente hasta que lo revoque o hasta que mi hijo ya no esté inscrito en un distrito escolar donde PHS proporciona servicios.

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 / estudiante (solo si tiene 18 años o más)

Fecha

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



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido		Nombre		MI	Apodo	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	
<input checked="" type="checkbox"/> Género de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<input checked="" type="checkbox"/> Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Elija no Revelar <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre, (FTM) Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer, Ni Masculino o Femenino <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer, (MTF) Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Otro, favor de especificar _____			<input checked="" type="checkbox"/> Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Elije no revelar <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Lesbiana, Homosexual, Homosexuales <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Heterosexual		<input checked="" type="checkbox"/> Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> Preguntado pero desconocido <input type="checkbox"/> se negó a responder <input type="checkbox"/> él, él, su <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> ella, ella, elle <input type="checkbox"/> ellos, ellos, los suyos <input type="checkbox"/> ellas, ellos	
<input checked="" type="checkbox"/> Género actual <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Indiferenciado								
Dirección de Facturación del Paciente					Ciudad		Estado	Zip Postal
Residencia del Paciente (si es diferente)					Ciudad		Estado	Zip Postal
<input checked="" type="checkbox"/> Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Nepali <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Religión: <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Islámico <input type="checkbox"/> Cienciología <input type="checkbox"/> Otro: _____			<input checked="" type="checkbox"/> Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No estudiante <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
<input checked="" type="checkbox"/> Todo lo que Corresponda: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input checked="" type="checkbox"/> ¿Podemos Enviar Notificaciones? <input checked="" type="checkbox"/> Todo lo que Aplica: <input type="checkbox"/> Desactivar <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Buzón de Voz			<input checked="" type="checkbox"/> Que Contacto # Usted Prefiere: <input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa # () <input type="checkbox"/> Día/Teléfono del Trabajo # () <input type="checkbox"/> Celular/Alternativa # ()			
Nombre Contacto de Emergencia		Relación Contacto de Emergencia			Contacto de Emergencia # ()			
Correo Electrónico del Paciente/Tutor								

INFORMACIÓN DE EMPLEO:

Nombre del Empleador	Ocupación	Teléfono del Empleador #
----------------------	-----------	--------------------------

ESTADÍSTICAS REQUERIDAS PARA LA INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL:

<input checked="" type="checkbox"/> Estado de Impuestos: <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar Es Jefe de Hogar: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		<input checked="" type="checkbox"/> Todo lo que Aplica: <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		<input checked="" type="checkbox"/> Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Declinó especificar		<input checked="" type="checkbox"/> Etnicidad: <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido	
--	--	--	--	---	--	---	--

DIRECTIVA AVANZADA:

¿Tienes un Testamento en vida? Sí No ¿Esta en el archivo de su Proveedor de Atención Primaria Sí No

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Registro del Portal Revisado:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí es No, Razón:	<input type="checkbox"/> Paciente ya inscrito <input type="checkbox"/> Otros: _____
Ficha Generada:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí es No, Razón:	<input type="checkbox"/> Paciente ya inscrito <input type="checkbox"/> Otros: _____
Razón de no Correo:	<input type="checkbox"/> Declino	<input type="checkbox"/> Diferido (Auto-Inscrito)	<input type="checkbox"/> No Correo

PHS Nombre del Personal (Imprenta)

PHS Firma del Personal

Fecha de la Firma

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



Fecha de Hoy: Mes / Día / Año _____

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

Apellido	Nombre	MI	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año	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 personas 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. Si elijo pagar la tarifa completa o no califico para un descuento, puedo recibir una factura si todos los servicios provistos no están cubiertos por la tarifa pagada por adelantado. 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 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****

Documents de Ingresos : Sí No Sí es No, Razón: Tarifa de un día Rechazo Other: _____
 Documentos escaneados: Sí No Sí es No, Razón: _____
 Tarjeta de seguro escaneada: Sí No Sí es No, Razón: _____

PHS Nombre del Personal (Imprenta)

PHS Firma del Personal

Fecha de la Firma



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS (PHS)

Acuse de Recibo de Practicas de Privacidad

Fecha de Hoy: ___ Mes / ___ Día / ___ Año

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido	Nombre	MI	Nickname	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año
----------	--------	----	----------	-----------------	--

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:

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 - Evaluación integral de salud - PEDS (0-18 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA	Fecha finalización: DD/MM/AAAA
-----------	---------	--------	---------------------------------	-----------------------------------

Medicamentos actuales: (Nombre y dosis) <i>Incluye medicamentos recetados, venta libre, vitaminas y preparaciones herbales</i>	Alergias: <i>Enumere todas las alergias, incluidos el, ambiente, alimentos e insectos</i>
Hospitalizaciones, cirugías, lesiones	Último examen: Proveedor: Fecha: <i>Enumere chequeos de niño sano, dental, de la vista, exámenes físicos de la escuela, etc.</i>
Año:	

Compruebe las condiciones del paciente ahora o ha tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> Dolores abdominales	<input type="checkbox"/> Conmoción cerebral / lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad genética	<input type="checkbox"/> Migrañas / dolores de cabeza crónicos
<input type="checkbox"/> Acne	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita	<input type="checkbox"/> Secreción genital/Dolor Gastroesofágico/reflujo Gástrico	<input type="checkbox"/> Escoliosis
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/> Alergias:	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> tipo de diabetes 1 2 Última HgA1c: _____	<input type="checkbox"/> Problemas en los riñones	<input type="checkbox"/> Problemas de estómago
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Mareos, aturdimiento o desmayo	<input type="checkbox"/> Preocupaciones de plomo	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Defectos congénitos	<input type="checkbox"/> Eczema / urticaria / erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> problemas urinarios,Dolor
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Describe: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Historia familiar: Compruebe si algún familiar ha tenido lo siguiente y su relación con el paciente

<input type="checkbox"/> Alcoholismo/Adicción a las drogas	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Hipertensión	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Cancer, Type: _____	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Depresión	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Ataque Cerebral	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Glaucoma	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (ataque al corazón)	Relación:: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	Relación: _____
<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	Relación: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	Relación: _____

Nutrición: Marque todo lo que corresponda para el paciente	Varios:
¿Dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	¿El paciente tiene problemas de Audición <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cambio de peso significativo en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida Libras: _____	¿El paciente tiene discapacidad visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Problemas para masticar o tragar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	¿El hogar tiene problemas con alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Ropa
¿Siente que el paciente come como debería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____	Necesidades y preferencias culturales / religiosas: _____
	¿Alguien en el hogar o el paciente pasa mucho tiempo fumando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Educación:	
Grado actual en la escuela: _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Guardería	¿Cuándo se administraron las últimas vacunas del paciente? _____
¿El paciente ha repetido algún grado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dónde se administraron las últimas vacunas del paciente? <input type="checkbox"/> Ohio <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Otro estado: _____ <input type="checkbox"/> Otro país: _____
¿Ha tenido el paciente dificultades en la escuela o identificado para educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No describa: _____	¿Hubo algo significativo durante el embarazo o el parto? <input type="checkbox"/> Sí , Describa: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Oxígeno dado al nacer Cuánto tiempo? _____

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - PEDS (0-18 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA	Fecha finalización: DD/MM/AAAA
-----------	---------	--------	---------------------------------	-----------------------------------

Dental Marque todo lo que corresponda, describa

Prótesis Valvular Cardíaca _____

Articulación artificial _____

VIH/SIDA _____

Marcapasos _____

Herpes/úlceras bucales _____

célula falciforme _____

Llagas orales / sangrado de las encías _____

¿Cuándo fueron las últimas radiografías dentales del paciente? _____

¿Se cepilla el paciente? Sí No

Muchas veces al día _____

¿El paciente usa hilo dental? Sí No

¿Ha tenido el paciente una experiencia dental "mala"? Sí No
Describe: _____

¿Actualmente el paciente experimenta dolor o molestias dentales? Sí No

¿Tiene el paciente chasquidos, estallidos o molestias en la mandíbula? Sí No

¿Alguna vez el paciente tuvo una lesión grave en la cabeza o la boca? Sí No

¿El paciente usa dentaduras postizas o parciales? Sí No

Visión Marque todo lo que corresponda

Picazón Describe: _____

Lagrimeo / ardor Describe: _____

Visión doble Describe: _____

Visión borrosa Describe: _____

Células flotantes en el vítreo Describe: _____

Destellos Describe: _____

Antecedentes de traumatismo ocular o cirugía ocular Describe: _____

Historia de cataratas Describe: _____

antecedente de glaucoma Describe: _____

Enrojecimiento de los ojos Describe: _____

Dificultades para leer o aprender a leer Describe: _____

Perder lugar al leer Describe: _____

Salud femenina:

· N / A - Si el paciente es hombre O si el paciente no está menstruando

Control de la natalidad: Ninguno Pastillas Otro: _____ Edad primer período menstrual: _____

Último periodo menstrual: _____

¿Está embarazada la paciente? _____

Sí No No estoy seguro

de embarazos: _____

de niños vivos: _____

En caso que Sí, fecha del parto: _____

nacimientos vivos: _____

Pérdidas / abortos: _____

Hábitos sociales para mayores de 12 años: N / A - Si el paciente tiene menos de 12 años

¿Fuma el paciente? Sí No

¿El paciente consume tabaco? Sí No

¿Vapea el paciente? Sí No

¿Cuántas veces usa el paciente productos que contienen cafeína? _____

¿El paciente se siente aislado? Sí No

¿Es el paciente sexualmente activo? Sí No

¿El paciente tiene relaciones sexuales sin protección? Sí No

¿El paciente usa marihuana? Sí No

¿El paciente usa drogas ilegales? Sí No

¿El paciente usa alcohol? Sí No

¿Ha tenido el paciente más de 2 visitas a emergencias / hospital en los últimos 30 días? Sí No

¿El paciente se siente física y emocionalmente seguro donde vive? Sí No

¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan o se siente cercano? _____

En el último año, ¿el paciente ha tenido miedo de su pareja o ex pareja? Sí No

¿El paciente está bajo el cuidado de otro proveedor? Sí No

¿El paciente está bajo el cuidado de otro dentista? Sí No

Si es así, nombre del proveedor: _____

Si es así, nombre del dentista: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Provider Name and Credentials: _____ Date: _____

Provider Signature: _____

Provider Name and Credentials: _____ Date: _____

Provider Signature: _____

**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.