

**SI LE GUSTARÍA QUE SU HIJO RECIBA SERVICIOS MEDICOS Y DENTALES EN NUESTRA UNIDAD MÓVIL, LLENE Y REGRESE ESTA FORMA A LA ESCUELA**



Los Servicios de Salud Rural (RHS), ubicados en 1000 Clyburn Pl, Aiken, SC se han asociado con la escuela de su hijo para ofrecer servicios dentales y médicos en la unidad móvil Clyburn Community Health Express durante las horas escolares. Uno de los beneficios del programa es que su hijo sólo saldrá de la escuela para 30-45 minutos en vez de un medio día o un día completo que toma cuando visita al dentista o al médico fuera de la escuela.

Los Servicios de Atención Primaria incluyen: exámen físico de niños, evaluaciones médicas y tratamiento. Examen físico de niños incluye: chequeo completo del cuerpo, revisiones (audición, orina, sangre) y examen del área genital para controlar el crecimiento y el desarrollo). Otro adulto estaría presente para el examen del área genital.

Los Servicios Dentales incluyen: exámenes, Rayos X, limpiezas, selladores, y tratamientos adicionales limitados que incluyen rellenos y coronas de acero inoxidable. Los planes de tratamiento serán enviados a su casa para el consentimiento de los padres antes del procedimiento operativo (rellenos, coronas, etc.).

**¿Ya tiene un doctor o un dentista?** Si su hijo ya tiene un dentista o un doctor médico, usted debería seguir usando ese dentista o médico.

**¿Quiere que su hijo participe?** Complete este formulario y regréselo a la escuela de su hijo dentro de los próximos dos (2) días. **Complete toda la información sobre el seguro e historial médico.** La información sólo puede ser llenada por un padre o tutor legal y debe ser llenada a bolígrafo/pluma.

**Seleccione lo que aplique: Quiero que mi niño(a) sea atendido por:**  Solo Personal Médico  Solo Personal Dental  Médico y Dental  
**El regresar esta forma a la escuela de su hijo indica que desea proseguir con esta atención médica en el Clyburn Community Health Express.**

**Información del niño:**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro(a): \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del niño: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M  Transgénero Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Orientación Sexual:  Homosexual o Lesbiana  Heterosexual  Bisexual  Algo diferente  No se  No quiero contestar

Dirección (Ciudad, Estado y Código postal y # de Apartamento.): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Diario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del doctor/médico principal de su niño/niña \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_ N/A: \_\_\_\_\_

**Raza (rodea con un círculo):** Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái Blanco/Caucásico De Otras Islas del Pacífico Razas Múltiples Otro No declarado/Negar a reportar

**Etnicidad:** Hispano/Latino No Hispano/No Latino

**Idioma (rodea con un círculo):** Inglés Francés Alemán Italiano Japonés Español Portugués Lengua de Signos Otro Declinar para responder

**Vivienda (rodea con un círculo):** Vivienda Unifamiliar (Una familia) Sin Hogar Vivienda Multi Familiar (Más de una familia) Residencia de transición (Refugio) Otro Declinar a Reportar

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** Como la Persona Responsable, entiendo que mi compañía de seguro dental y médico o el pagador de mis beneficios serán facturados por los servicios prestados. Medicaid o un seguro privado es aceptado como pago completo por servicio(s). Si el seguro de su hijo cambia durante el año, asegúrese que obtengamos una copia actualizada de su tarjeta de seguro y/o información actualizada sobre el seguro.

**EL NIÑO TIENE MEDICAID: Proveedor de Medicaid:** \_\_\_\_\_  
 Numero de Medicaid: \_\_\_\_\_

**EL NIÑO TIENE SEGURO PRIVADO:**  
 Nombre de compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
 Número de Identificación del titular de la póliza o # de seguro social \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Diario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EL NIÑO TIENE SEGURO DENTAL SEPARADO:**  
 Nombre de compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
 Número de Identificación del titular de la póliza o SS # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono del día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**EL NIÑO NO ESTÁ ASEGURADO (SIN SEGURO): Llame al (803) 380-7000 Para más información y ayuda!**

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:** Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección (Si es diferente que la dirección del niño): \_\_\_\_\_

Elección de Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección / teléfono de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Nivel de ingresos anual para la familia: \$ \_\_\_\_\_ Negar a contestar Teléfono de los padres: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

 ¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue atendido por un dentista y un médico? Dentista: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

¿Desea que cualquier otro adulto pueda dar permiso para tratar a su hijo? Esto también permitiría al personal dental y médico hablar con este adulto sobre la salud, el tratamiento y las recomendaciones para su hijo. Si usted está de acuerdo con eso, por favor provee la información:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**Historial Médico:** (Escriba Sí o No en la línea Proveído al lado de la Pregunta).

¿El estudiante ha tenido alguna cirugía en el pasado? Si esto aplique a su niño, EXPLIQUE por qué: \_\_\_\_\_

¿Hay algún diente que le cause dolor al niño? \_\_\_\_\_

¿El estudiante fuma, usa tabaco y/o drogas recreativas? \_\_\_\_\_

¿El estudiante está embarazada, o hay posibilidad de que este embarazada? \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en la salud del estudiante en el último año? EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿El Estudiante ha sido hospitalizado alguna vez durante la noche? Si es el caso, apunte las fechas, y la razón? \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha tenido alguna herida seria o relacionada con un deporte? \_\_\_\_\_

¿El estudiante tiene alguna alergia (alimentos, medicamentos, anestésicos, látex, etc.)? Si esto aplica, indícalos aquí: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha estado en contacto con el virus del SIDA o ha resultado ser positivo para el VIH? \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma medicamentos diarios, incluyendo medicamentos no prescritos o inhaladores? \_\_\_\_\_. Si esto aplique, explique aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Presión alta o baja

\_\_\_\_ Úlcera o Reflujo Ácido

\_\_\_\_ Trasplante de corazón

\_\_\_\_ Marcapasos

\_\_\_\_ Reciente Transfusión de Sangre

\_\_\_\_ Endocarditis bacteriana

\_\_\_\_ Tratamiento con Esteroides Cortisona

\_\_\_\_ Condiciones del corazón incluyendo murmullo

\_\_\_\_ Trastorno Nervioso o Problemas de Conducta

\_\_\_\_ Articulaciones Artificiales

\_\_\_\_ Infección de transmisión sexual (enfemedad). EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ¿Asma, problemas respiratorios o trastornos pulmonares? EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Problemas con los reños, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Tuberculosis, SARM, o cualquiera otra enfermedad infecciosa. EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Asma: Indica las provocaciones del asma y la fecha del último ataque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Enfermedad hepática, hepatitis, ictericia, trastorno hemorrágico o antecedentes de leucemia, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene otros problemas médicos que no aparecen en la lista? En caso afirmativo, indique y explique: \_\_\_\_\_

**Autorización**

1. Autorizo al personal dental a realizar los procedimientos diagnósticos y tratamientos que sean necesarios para el cuidado dental apropiado, incluyendo (pero no limitado a) exámenes, Rayos X, profilaxis y selladores. También autorizo al dentista a realizar el tratamiento adicional cuando que esta indicado en el plan de tratamiento que envían al hogar con mi hijo(a).
2. Autorizo al personal médico a realizar el examen físico de niños o evaluación médica y tratamiento.
3. **Autorizo al personal médico de RHS a administrar inmunizar a mi hijo si es necesario.**
4. **Autorizo al personal médico de la unidad móvil de RHS a administrar una vacuna contra la gripe si es necesario.**
5. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el cuidado de la salud, el acontecimiento y el tratamiento de mi hijo(a) prestado con el propósito de evaluar y administrar los reclamos por beneficios de seguro.
6. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, acontecimiento y tratamiento de mi hijo(a) a otro dentista, médico o enfermera de la escuela.
7. Por la presente autorizo el pago de los beneficios de seguro directamente a Servicios de Salud Rural (Rural Health Services), de lo contrario pagadero a mi.
8. Certifico la exactitud de la información contenida en este paquete. Entiendo que es mi responsabilidad informar al personal de RHS de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo(a) en la próxima cita antes de que se preste cualquier tratamiento.
9. **Entiendo que, hasta que lo negó en forma escrita, esta autorización para recibir servicios médicos y dentales en la unidad móvil es válida para cada año mientras que los servicios son ofrecidos.**

**Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad y Autorización de Divulgación de Información de PHI:** Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida. Estos derechos se pueden encontrar en [www.HHS.gov](http://www.HHS.gov). Por devolver este formulario a la escuela de mi hijo, reconozco mi comprensión de mis derechos con respecto a HIPAA. También estoy consciente de que los planes de tratamiento que pueden contener información de salud pueden ser enviados a la casa con mi hijo para mi revisión. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por contactar a RHS con la información de contacto indicada abajo.

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

 Llame al (803) 380-7000 si tiene alguna pregunta sobre este programa o atención recibida en la unidad móvil.