

PADRES/TUTORES DEBEN COMPLETAR Y REGRESAR EL FORMULARIO A LA ESCUELA PARA QUE SU HIJO/A RECIBA SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y DENTALES EN LA ESCUELA



Los Servicios de Salud Rural (RHS), ubicados en 1000 Clyburn Pl, Aiken, SC se han asociado con la escuela de su hijo/a para ofrecer servicios (médicos, dentales) en la escuela durante las horas escolares. Servicios de atención medica se ofrecerán en lugares de la comunidad cuando los estudiantes no estén en la escuela. Su hijo/a no faltara a la escuela para recibir servicios y los servicios se proporcionarán de la capacidad de pagar. Los padres no recibirán una factura.

Servicios de Atención Médica incluyen: Examen físico de niños, detección médica (orina y sangre), revisiones y exámenes de pies a cabeza, tratamiento y asesoramiento nutricional.

Servicios Dentales incluyen: Exámenes, Rayos X, limpiezas, selladores, y Fluoruro. Las necesidades de tratamiento se enviarán a su casa para el consentimiento informado de los padres antes del trabajo operativo (rellenos). Si el paciente indica alguna resistencia al procedimiento dental, se suspenderá el tratamiento.

Si quiere que su hijo participe, complete este formulario y regrésel **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 con un bolígrafo/pluma. Si su hijo/a tiene un dentista o médico, usted debe continuar servicios con su dentista o proveedor médico.

Seleccione lo que aplique:
 Quiero que mi hijo(a) sea atendido por Solo Servicios Médico Solo Servicios Dentales Servicios Médicos y Dentales
 Quiero que mi hijo(a) tenga asesoramiento nutricional proporcionado por Rural Health Services si los servicios se encuentran beneficios

Información del hijo/a:

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____

Nombre y Apellido del niño: _____

Sexo: F M Otro Correo electrónico: _____

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 (marque con un círculo la respuesta): Indio Americano Nativo de Alaska Asiano 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 (marque con un círculo la respuesta): Inglés Francés Alemán Italiano Japonés Español Portugués Lengua de Signos Otro
 Declinar para responder

Vivienda (marque con un círculo la respuesta): 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.

NIÑO/A TIENE MEDICAID:
 Proveedor de Medicaid: _____
 Numero de Medicaid: _____

NIÑO/A 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: (____) _____

NIÑO/A 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/A NO ESTÁ ASEGURADO (SIN SEGURO): Llame al (803) 380-7000 Para Información y Ayuda!

Complete la próxima página de este formulario


INFORMACIÓN DE LA FAMILIA: Padre/Tutor: _____

Dirección (Si es diferente que la dirección del niño/a): _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono de Día: (____) _____ Celular: (____) _____

Elección de Farmacia: _____ Dirección / teléfono de la Farmacia: _____

Nivel de ingresos anual para la familia: \$ _____ Negar a contestar _____ Correo electrónico _____

 ¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue atendido por un dentista y un médico? Dentista: _____ Medico: _____

¿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 su hijo/a: _____

Historial Médico: Escriba Sí (S) o No (N) 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 aplica, applique aquí: _____

- | | |
|--|---|
| ____ Presión alta o baja | ____ Derrame cerebral |
| ____ Úlcera o Reflujo Ácido | ____ Enfermedad Cardíaca Congénita (Defectos cardíacos conocidos desde el nacimiento) |
| ____ Trasplante de corazón | ____ Anemia (incluyendo anemia de células falciformes) Tipo: _____ |
| ____ Marcapasos | ____ Válvula del corazón artificial o protésica, stent o gráfico |
| ____ Reciente Transfusión de Sangre | ____ Epilepsia y/o Convulsión |
| ____ Endocarditis bacteriana | ____ Artritis |
| ____ Tratamiento con Esteroides Cortisona | ____ Problemas con los senos (fiebre del heno) |
| ____ Condiciones del corazón incluyendo murmullo | ____ Cáncer / Radiación / La Quimio |
| ____ Trastorno Nervioso o Problemas de Conducta | ____ Discapacidad del Aprendizaje o Necesidades Especiales |
| ____ Articulaciones Artificiales | |
| ____ Infección de transmisión sexual (enfermedad). EXPLIQUE: _____ | |
| ____ ¿Asma, problemas respiratorios o trastornos pulmonares? EXPLIQUE: _____ | |
| ____ Problemas con los reñones, 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 basado en la escuela 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 está indicado en el plan de tratamiento que envían al hogar con mi hijo(a).
2. Autorizo al personal médico de la base de la escuela de RHS a realizar el examen físico de niños que incluye la evaluación médica y tratamiento también incluye exámenes de salud conductual.
3. Autorizo al personal médico de la base de la escuela de RHS a administrar una vacuna contra la gripe si es necesario.
4. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo/a proporcionado con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios de seguro.
5. 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.
6. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Rural Health Services, de lo contrario pagado a mí.
7. Atestigo la exactitud de la información contenida en este paquete. Entiendo que es mi responsabilidad informar al personal de RHS de cualquier cambio en el seguro y estado médico de mi hijo(a) en la próxima cita antes de que se preste a cualquier tratamiento.
8. Entiendo que los servicios pueden ser en persona o virtualmente a través de telesalud.

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. 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) 219-1926** si tiene alguna pregunta sobre este programa o atención recibida en la unidad móvil.