



RHS SCHOOL-BASED HEALTH SERVICES

FORMULARIO DE REGISTRO DE NIÑOS

¿Preguntas? 803-219-1926



Rural Health Services, Inc. (RHS) se ha asociado con la escuela de su hijo para brindar atención médica y servicios dentales durante el horario escolar a través de nuestro equipo de salud escolar. Los servicios se brindan a todos los estudiantes independientemente de su capacidad de pago o si están asegurados. Los padres nunca recibirán una factura, pero se facturará al seguro privado o a Medicaid. **La información debe ser completada con lapicero por un padre o tutor legal. Si su hijo ya tiene un dentista o médico, debe seguir yendo a ese dentista o médico.**

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA INCLUYEN:

Examen físico de niños, detección médica (sangre), revisiones y exámenes de pies a cabeza, tratamiento y asesoramiento nutricional.

SERVICIOS DENTALES INCLUYEN:

Exámenes, Rayos X, limpiezas, selladores, y fluoruro. El consentimiento adicional de los padres es necesario para el trabajo operativo (Rellenos).

LOS SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO INCLUYEN:

Detección para identificar comportamientos que dificultan el éxito en la escuela, hogar o comunidad. Consejería y/o intervención como necesarios se proporcionarán con el consentimiento de los padres.

QUIERO QUE MI HIJO SEA VISTO POR (ELIJA LOS SERVICIOS QUE APLICAN):

Solo Servicios Médico Solo Servicios Dentales Servicios Médicos y Dentales Salud del comportamiento (Ridge Spring Elem & CIL only)

INFORMACIÓN DEL HIJO/A

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____
Primer nombre: _____ Apellido: _____ Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: / / Edad: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto de emergencia: _____ Celular: _____ - _____ - _____ Relación: _____
Nombre del doctor/médico principal de su niño/niña: _____ Dentista: _____

AYÚDANOS A CONOCER MEJOR A TU HIJO

Sexo: M F Identificación de género: _____
Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino
Raza (marque todo lo que corresponda): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiano Negro/Afroamericano Nativo de Hawái Blanco/Caucásico
 De Otras Islas del Pacífico No declarado/Negar a reportar Razas Múltiples _____
Idioma preferido: Inglés Español Otro _____ ¿Se necesita traducción? Sí No
Vivienda: Vivienda Unifamiliar (Una familia) Sin hogar Refugio Multi Familiar (Más de una familia) Residencia de transición Otro/Declinar a Reportar

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (REQUERIDO)

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 del asegurado: _____ - _____ - _____

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 # de seguro social: _____ Número del Grupo: _____
Fecha de Nacimiento: / / Teléfono del asegurado: _____ - _____ - _____

EL NIÑO/A NO ESTÁ ASEGURADO (SIN SEGURO):
Llame al 803-679-4243 para hablar con nuestro navegador de mercado estatal o asesores certificados de solicitud de seguros.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Padre/Tutor:

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: - - Teléfono de Día: - - Correo electrónico:

Elección de Farmacia: Nivel de ingresos anual para la familia: \$

Dirección / teléfono de la Farmacia: - -

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

Fecha de dentista: / / / / /

¿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, aplique aquí _____

Marque todo lo que corresponda para su hijo(a):

- Presión alta o baja
- Úlcera o Reflujo Ácido
- Trasplante de corazón
- Marcapasos
- Reciente Transfusión de Sangre
- Endocarditis bacteriana
- Infección de transmisión sexual (enfermedad). 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: _____
- Derrame cerebral
- Enfermedad Cardíaca Congénita
- Articulaciones Artificiales
- Artritis
- Epilepsia y/o Convulsión
- Cáncer/Radiación/La Quimio
- Problemas con los senos (fiebre del heno)
- Tratamiento con Esteroides Cortisona
- Condiciones del corazón incluyendo murmullo
- Trastorno Nervioso o Problemas de Conducta
- Discapacidad del Aprendizaje o Necesidades Especiales
- Anemia (incluyendo anemia de células falciformes) Tipo: _____
- Válvula del corazón artificial o protésica, stent o gráfico

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.
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 al personal de salud conductual de la escuela de RHS a realizar evaluaciones para identificar comportamientos que impiden el éxito en la escuela, el hogar o la comunidad (Ridge Spring Elem. y CIL solamente).
5. 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.
6. 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.
7. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Rural Health Services, Inc.
8. Atestiguo 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 (debe ser el día de o antes de la próxima cita).
9. 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: / / /