



Autorización para el tratamiento del Centro médico en la escuela

Estimado/a padre/madre/tutor:

Appalachian Mountain Community Health Centers (AMCHC) tiene un centro médico completamente funcionando en el campus donde una enfermera de práctica avanzada, un dentista y un trabajador social clínico autorizado dan atención médica de calidad. Los servicios incluyen atención primaria (exámenes de bienestar, exámenes para detectar enfermedades, exámenes físicos, vacunas, cuidados intensivos, etc.), salud conductual (psicoterapia/consejería, administración de medicamentos) y servicios dentales (limpieza y exámenes dentales). El centro médico en la escuela de AMCHC está preparado para convertirse en el centro médico para su estudiante o complementar la atención primaria existente.

Si tiene alguna pregunta, llame al Centro médico en la escuela de AMCHC al:

- Asheville High School 828-676-3593
- Peak Academy 828-253-3717

Debe completar la información del historial médico antes de recibir cualquier servicio.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro (Especificar) _____

Raza: _____ SSN: _____ Idioma principal: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Dirección: _____

Proveedor de atención médica del estudiante: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su hijo seguro médico? No Sí

Nombre del seguro médico: _____ Número del grupo: _____ Número de la póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social del suscriptor: _____

Nombre del seguro dental: _____ Número del grupo: _____ Número de la póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____ Número de Seguro Social del suscriptor: _____

Indique cualquier medicamento al que su hijo sea alérgico: _____

No Sí **Anteojos/lentes de contacto**, Fecha/Lugar del último examen de la vista: _____

No Sí **Audífonos**, Fecha/Lugar del último examen de audición: _____

No Sí **Problemas dentales**, Fecha/Lugar del último examen dental: _____

Indique los medicamentos que toma su hijo, incluyendo la dosis y la concentración:

Historia dental

Dentista anterior: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última visita dental: _____ Fecha de las últimas radiografías: _____

Compruebe si tiene alguno de los siguientes:

No Sí **Mal aliento**

No Sí **Rechinar/Apretar los dientes**

No Sí **Sensibilidad al calor**

No Sí **Sangrado de encías**

No Sí **Dientes flojos o empastes rotos**

No Sí **Sensibilidad a los dulces**

No Sí **Crujido de mandíbula**

No Sí **Tratamiento periodontal**

No Sí **Morder/masticar con dolor**

No Sí **Comida entre los dientes**

No Sí **Sensibilidad al frío**

No Sí **Llagas de crecimiento en la boca**

¿Con qué frecuencia se cepilla? _____ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental?: _____

Otra información

¿Cuándo fue la última vez que un médico examinó al estudiante?

Nombre del doctor: _____ Razón: _____ Fecha: _____

¿Tiene alguna preocupación sobre la salud del estudiante? No Sí

¿Bebe alcohol el estudiante? No Sí

¿Fuma o consume productos de tabaco el estudiante? No Sí

¿Está el estudiante expuesto al humo de segunda mano? No Sí

Estado de vacunación

¿Está al día el estudiante con sus vacunas? No Sí

Ingresos de la familia

Personas en el grupo familiar: _____ Ingreso familiar anual \$ _____

¿Califica el estudiante para almuerzo gratis o a un costo reducido? No Sí

Centro médico en la escuela de Appalachian Mountain Community Health Centers (AMCHC)

Cesión de beneficios/consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para que los miembros del personal médico, dental y de salud conductual de Appalachian Mountain Community Health Centers hagan pruebas regulares, procedimientos quirúrgicos menores y procedimientos que puedan considerarse necesarios para el tratamiento de la condición de mi hijo. Por la presente se da el consentimiento para dichas visitas al centro médico en la escuela, unidad dental y salud conductual para examen, tratamiento y procedimientos para este reclamo. También pido el pago de los beneficios del gobierno a la parte que acepte la cesión. Autorizo el pago de beneficios médicos, dentales y de salud conductual al proveedor por los servicios prestados por AMCHC. Entiendo que me pueden facturar por separado los servicios prestados por los proveedores de la clínica por los servicios relacionados con el tratamiento.

Autorizar la revelación de información médica, dental y de salud conductual

Por la presente autorizo la revelación de información médica, dental y de salud conductual según sea necesario para la resolución de este reclamo. A menos que se indique lo contrario, esta autorización se extiende a información psiquiátrica, sobre el abuso de alcohol o de drogas y sobre el diagnóstico relacionado con VIH, si lo hay, que pueda estar en el expediente de la clínica. Entiendo que tengo la autoridad para revelar los expedientes médicos, dentales y de salud conductual de referencia anteriores y para revelar los registros al proveedor de atención primaria de mi hijo. Además, libero a AMCHC y a cualquier corporación o afiliados relacionados de cualquier responsabilidad que resulte de la revelación de información médica con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, si aplica, a un pagador tercero de acuerdo con KRS 214.420.

Leí lo anterior y entiendo los artículos de arriba que me conciernen. Verifico que recibí un Aviso de prácticas de privacidad (45 CFR 164,520 (2) (ii) y una Carta de derechos.

Por la presente permito que AMCHC verifique la información anterior y que el proveedor de atención médica del estudiante (como figura en este formulario) revele los registros médicos requeridos (registros de vacunas, exámenes de atención médica preventiva, exámenes dentales, exámenes de salud conductual, exámenes de la vista, etc.) a AMCHC.

Este formulario será válido hasta que sea revocado.

Apruebo que mi hijo sea atendido para lo siguiente (**seleccionar “todos los servicios” en todas las categorías aumenta el acceso a la atención y no requiere participación en este servicio**):

<p>Centro médico en la escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los servicios (respuesta más común)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios limitados incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atención física/preventiva/de bienestar <input type="checkbox"/> Enfermo/Lesión/Grave <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Condiciones crónicas (asma, diabetes, etc.) 	<p>Salud conductual</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los servicios (respuesta más común)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios limitados incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Consejería personalizada <input type="checkbox"/> Consejería grupal 	<p>Camioneta móvil dental</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los servicios (respuesta más común)</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios limitados incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Limpieza, incluyendo examen bucal con rayos X <input type="checkbox"/> Selladores <input type="checkbox"/> Fluoruro tópico
--	---	---

Teléfono: _____

Email del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor (en letra de molde)

Firma del padre/tutor

Fecha

Teléfono del estudiante: _____

Email del estudiante: _____

Nombre del estudiante (en letra de molde)

Firma del estudiante

Fecha