

INSCRIPCION CONFIDENCIAL DE LOS PACIENTES DE CLINICA FAMILY HEALTH EN LA CLINICA DE SALUD ESCOLAR (SCHOOL BASED HEALTH CLINIC) 2022-2023

BVSD y Clinica Family Health proporcionarán servicios dentales preventivos durante todo el año escolar. Todos los estudiantes pueden recibir este cuidado dental independientemente del seguro dental. Si su hijo tiene Medicaid, CHP + o Cigna Dental, Clinica facturará a estos seguros por la atención brindada. **Las familias que completen la porción de seguro e ingresos de este formulario de consentimiento no estarán sujetas a ningún gasto de bolsillo.** Toda la información es confidencial. A los niños se les revisarán los dientes y las encías para detectar posibles problemas y se les informará a los padres si un niño tiene alguna caries o necesita un tratamiento adicional por parte de un dentista.

Yo doy mi permiso y autorizo una evaluación dental.

☐ Sí

☐ No

Yo doy mi autorización para que se aplique barniz de fluoruro en los dientes de mi hijo.

☐ Sí

☐ No

Yo doy mi autorización para que se coloquen selladores en los dientes de mi hijo.

☐ Sí

☐ No

¿Tiene su hijo alergias o alguna condición médica?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es Sí, por favor especifique: _____

Se adjunta a este formulario una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Clinica que también se puede encontrar en <https://www.clinica.org/patient-visitor-info-2/>

Mi hijo/hija asiste:

Emerald Elementary ☐

Sanchez Elementary ☐

Columbine Elementary ☐

Creekside Elementary ☐

Ryan Elementary ☐

Pioneer Elementary ☐

University Hill Elementary ☐

Lafayette Elementary ☐

Nivel de Grado (2022-2023 año escolar) _____

Yo, _____, reconozco haber recibido y leído una copia completa del Aviso de prácticas de

Nombre del padre/tutor legal

privacidad de Clinica Family Health el día _____.

Fecha

Además, reconozco que, a la fecha de hoy, no tengo ninguna pregunta sobre el Aviso de prácticas de privacidad.

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Clinica es un Centro de Salud Federalmente Calificado. Nuestra misión es brindar servicios integrales de salud con calidad a nuestras comunidades. Como parte de nuestros requisitos de subvención federal, tenemos que recopilar toda la información que se presenta a continuación.

Apellido del estudiante: _____ **Primer nombre del estudiante:** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Edad:** ____ **Sexo al nacer:** ☐ Fem. ☐ Masc.
Mes / Día / Año

Nombre del padre/tutor legal: _____ **Relación al paciente:** _____ **Fecha de nacimiento del padre/tutor:** _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____ **Condado:** _____

Teléfono de Casa: () _____ **Teléfono Celular:** () _____ **Correo Electrónico:** _____

Idioma Primario: _____ **Barrera Lingüística:** ☐ Sí ☐ No **Necesita Interpretar:** ☐ Sí ☐ No

Tamaño de Familia: _____ **Ingreso del hogar:** \$ _____ **por** (Señale uno) SEMANA QUINCENA MES AÑO

Tipo de seguro dental? ☐ Medicaid ☐ CHP+ ☐ Delta Dental ☐ Ninguno ☐ Otro

Medicaid / Número de póliza de seguro: _____

¿Recibe asistencia de vivienda o vive en una vivienda pública? ☐ Sí ☐ No

¿Se considera usted desamparado? ☐ Sí ☐ No

Si usted contesto Si a la pregunta anterior por favor de marcar la casilla de abajo que mejor describe su situación de vivienda:

☐ Refugio para desamparados

☐ Viviendo en la calle

☐ Vivienda transicional (entre hogares)

☐ Viviendo con otra familia (sin pagar renta)

☐ Otra situación (en la que no sea dueño de casa, no este rentando y no esté viviendo en la casa de alguien)

¿Es usted un trabajador Migrante o Agricultor temporal o un hijo de un trabajador Migrante o Agricultor temporal? (El término "agricultura" significa la agricultura de las siguientes configuraciones incluyendo cualquier tipo de cultivo: plantación, cosecha, transporte y entrega de cosecha o trabajando un puesto de cosecha.) ☐ Sí ☐ No

Si usted contesto Si a la pregunta anterior; Cual es: ☐ Agricultor temporal ☐ Trabajador Migrante

Raza	
☐ Blanco	☐ Negro/Afroamericano
☐ Asiático	☐ Orto Isleño del Pacifico
☐ Nativo Hawaiano	☐ Indio Norte Americano/Nativo de Alaska
☐ Prefiero No Contestar	
Identificación de Genero (Se puede mantener confidencial)	
☐ Masculino	☐ Otro
☐ Femenino	☐ Prefiero no decir
☐ Transgénero Masculino (Fem aMasc)	☐ Transgénero Femenino (Masc a Fem)
Pronombres:	Pronombres:

Etnicidad	
☐ Yo soy Hispano/Latino	☐ No soy Hispano/Latino
☐ Prefiero no contestar	
Orientación Sexual	
☐ Heterosexual (no es Lesbiana ni Gay)	☐ Otro
☐ Bisexual	☐ Indeciso
☐ Lesbiana o Gay	☐ Prefiero no decir

Para que poderle brindar atención médica, dental, mental y de tele salud, debemos obtener su consentimiento. Al firmar y dar su consentimiento, usted como paciente todavía tiene derecho a elegir qué servicios y atención recibirá. Negarse al firmar este consentimiento nos impide verlo/a como paciente. Su consentimiento es válido por 1 año a partir de la fecha de la firma.

Al proporcionar mi número de contacto. Acepto recibir llamadas o mensajes de texto en nombre de Clinica Family Health. Las llamadas se realizarán mediante un sistema de marcación / mensaje de texto manual o automático a los números de teléfono incluidos en este formulario. Todas las llamadas / mensajes de texto realizados se referirán a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica proporcionadas por Clinica Family Health únicamente se realizaran llamadas / mensajes de texto a cualquier persona incluida en este formulario. **Estas llamadas / mensajes de texto pueden contener información personal de salud sobre mi tratamiento.** Entiendo que puedo optar por no recibir información de marcación / mensajes de texto manual o automático al proporcionar a Clinica Family Health una solicitud por escrito para que se elimine del sistema de marcación / mensajes de texto manual o automático o cancelar la suscripción a través de la exclusión automática que se ofrece cuando recibe una llamada marcada automáticamente /texto.

Al firmar, doy permiso para que Clinica Family Health brinde servicios de atención médica a todas las personas que figuran en este formulario. Esto incluye el permiso para facturar a mi compañía de seguros u otras personas responsables de pagar mis servicios de atención médica y la divulgación de cualquier registro médico necesario para obtener el pago de estos servicios.

Paciente o Padre / Guardián (Si es menor de 18 años de edad) Firma:

Fecha de Hoy:
