

SCHOOL BASED MEDICAL & DENTAL CENTERS ENROLLMENT FORM & INFORMATION

Estimado Padre / Tutor:

Como estudiante en los sistemas de Escuelas Públicas del Condado de Caroline y Talbot, su hijo tiene acceso a los CENTROS DE SALUD Y DENTALES BASADOS EN LA ESCUELA de Salud Comunitaria de Choptank.

La misión de los Centros es mejorar la salud de los estudiantes y la facultad, aumentar el acceso a la atención primaria de salud y disminuir el tiempo perdido de la escuela al brindar atención dentro del entorno escolar. Somos una fuente conveniente de atención médica de calidad que trabaja en colaboración con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. CENTROS

Choptank Community Health reconoce la conexión entre la salud y los resultados académicos positivos. CCHS se complace en asociarse con las Escuelas Públicas del Condado de Caroline y el Departamento de Salud del Condado de Caroline para garantizar que los estudiantes estén saludables y listos para aprender.

SERVICIOS DISPONIBLES EN LOS CENTROS DE SALUD ESCOLARES.

Congestión	Evaluación de náuseas / vómitos	Tos
Dolores de cabeza	Atención de salud de seguimiento	Recetas
Referencias a especialistas	Evaluaciones de riesgos para la salud	Dolor de oído Físicos
Educación para la salud	Dolor o Lesiones	Físicos Deportivos
Picazón / erupción cutánea	Pruebas de faringitis estreptocócica	Falta de aliento
Evaluación de dolor de garganta	Exámenes de presión arterial	

¡Su hijo puede recibir tratamiento médico en la escuela! No es necesario tomarse un tiempo libre del trabajo para llevar a su hijo al médico y / o viajar a / desde la escuela, el hogar y un centro médico fuera del sitio. Estos proveedores médicos con licencia pueden:

evaluar pacientes	diagnosticar enfermedades
proporcionar medicamentos en la escuela	escribir recetas
realizar pruebas de laboratorio	discutir opciones saludables

SERVICIOS DISPONIBLES EN LOS PROGRAMAS DENTALES BASADOS EN LA ESCUELA

Como estudiante en el sistema de escuelas públicas del condado de Caroline, Dorchester y Talbot, su hijo tiene acceso al programa dental basado en la escuela. El programa es una asociación entre las Escuelas Públicas, los Departamentos de Salud del Condado y el Sistema de Salud Comunitario de Choptank (CCHS).

Los servicios pueden incluir:

Tamizaje dental	Pulido / limpieza	Fluoruro
Selladores dentales	Educación de salud oral	Referencias de emergencia dental

El programa dental basado en la escuela no reemplaza a su dentista primario. Un higienista dental examinará a su hijo para determinar qué servicios se proporcionarán o si es necesaria una referencia. El higienista brinda atención en el entorno escolar que promueve dientes y encías saludables. Su hijo debe ir a su consultorio dental para un examen completo con rayos X con la frecuencia recomendada por su dentista.

ADDITIONAL INFORMATION

La misión de los Centros es mejorar la salud de los estudiantes y la facultad, aumentar el acceso a la atención primaria de salud y disminuir el tiempo perdido de la escuela al brindar atención dentro del entorno escolar. Somos una fuente conveniente de atención médica de calidad que trabaja en colaboración con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela.

Choptank Community Health reconoce la conexión entre la salud y los resultados académicos positivos. CCHS se complace en asociarse con las Escuelas Públicas y los Departamentos de Salud locales para garantizar que los estudiantes estén saludables y listos para aprender.

Servicios: además de los servicios mencionados anteriormente, los proveedores de SBHC pueden ayudar en el manejo de enfermedades crónicas, realizar Chats Saludables para Niños, proporcionar educación sobre la salud, referencias a especialistas y exámenes físicos para deportes respaldados por la escuela. Cada vez que el personal del Centro de Salud ve a su hijo, se envía una nota a casa que detalla la visita. Además, se comparte un informe sobre la visita con el proveedor de atención médica primaria de su hijo.

Costo: las regulaciones federales y estatales requieren que todos los proveedores, incluido Choptank Community Health (CCHS), facturen a todos los pacientes por los servicios del programa del Centro de Salud Escolar. Los programas de Medicaid cubren los cargos del Centro de salud escolar. Si su hijo tiene seguro de salud, le facturaremos a la compañía de seguros por los servicios de salud y seguiremos los requisitos de facturación asociados con su plan. Dependiendo de su plan de seguro, puede recibir una factura de CCHS por copagos, deducibles insatisfechos y cualquier servicio no cubierto. Si CCHS no es un proveedor participante con su plan de seguro, se le facturará directamente por los servicios. Si no tiene seguro, ofrecemos una escala móvil de tarifas. Los pacientes en la escala de tarifa móvil serán facturados en función de sus ingresos. Todos los pacientes son elegibles para solicitar el programa de tarifa móvil, incluso si tienen seguro. Finalmente, el costo asociado con los servicios de laboratorio se facturará a su seguro. Las facturas para estas pruebas vendrán directamente de la compañía del laboratorio.

Inscripción: todos los estudiantes de las escuelas públicas pueden inscribirse en el programa. Por favor complete el formulario de inscripción adjunto. Devuélvalo a la enfermera de la escuela o al Centro de Salud. Una vez que su hijo esté inscrito en el Centro de Salud, no necesitará volver a inscribirse cada año.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con CCHS al (410) 479-4306, ext. 5012.



2019-2020 PROGRAMA MÉDICO / DENTAL BASADO EN LA ESCUELA FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / ACTUALIZACIÓN SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA

Mi hijo es un estudiante de: _____ Grado: _____ Profesor: _____

<u>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</u>	
Nombre del estudiante _____	
Dirección: _____ _____	
DOB: ____/____/____	Anos: ____ Macho/Femenino
SEGURIDAD SOCIAL #: _____	
Carrera: _____	HISPANIC/LATINO?: Si / NO
Idioma Preferido: _____	
DOCTOR: _____	TELÉFONO: _____
DENTISTA: _____	TELÉFONO: _____

<u>INFORMACIÓN PARA PADRES / TUTORES</u>	
Nombre: _____	
RELACION: _____	
IDIOMA PREFERIDO: _____	
#1 TELÉFONO: _____	
#2 TELÉFONO: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____	
ESTUDIANTE VIVE CON: _____	
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____	
TELÉFONO: _____	TELÉFONO: _____

<u>SEGURO DE SALUD</u>	
NOMBRE DEL SEGURO: _____	
POLÍTICA / ID DE MIEMBRO #: _____	
GRUPO #: _____	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____	
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____ _____	

<u>SEGURO DENTAL</u>	
NOMBRE DEL SEGURO: _____	
POLÍTICA / ID DE MIEMBRO #: _____	
GRUPO #: _____	
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____	
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____ _____	

Deseo inscribir a mi hijo en el Centro de salud escolar y el Programa dental escolar.

Deseo inscribir a mi hijo en el Centro de salud escolar únicamente.

Quiero inscribir a mi hijo en el programa dental basado en la escuela solamente.

Entiendo que mi firma otorga el consentimiento para que los Proveedores del Programa Dental de Base Escolar de CCHS traten a mi hijo y se comuniquen con el proveedor de atención médica primaria de mi hijo. Le doy permiso a CCHS para llamar a mi casa, dejar un mensaje en una máquina o con una persona con respecto a la información médica. Entiendo que la información de salud de mi hijo se utilizará para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. CCHS también puede enviar por correo información médica a mi casa. Reconozco que los directorios escolares se pueden usar para obtener información en blanco en el formulario de inscripción. El registro de inmunización de mi hijo puede ser compartido entre la enfermera de la escuela y el programa dental basado en la escuela. Para fines de coordinación de la atención y administración de casos, el personal clínico de la escuela tendrá acceso a los registros de salud del SBDP y el personal clínico de la escuela compartirá la información de salud con el personal del SBDP, y. El personal clínico de la escuela debe tratar la información del registro de salud de SBDP como confidencial y cumplir con la Regla de privacidad de HIPAA. Bajo ninguna circunstancia, los registros de SBDP se convierten en parte del registro de salud escolar del estudiante. Entiendo que los servicios proporcionados a mi hijo se facturarán a mi compañía de seguros o Asistencia médica. Puedo recibir una factura de CCHS por copagos y / o deducibles. Entiendo que mi firma indica que he tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Choptank Community Health. Si no tengo seguro, se me facturará el costo total de los servicios o con un descuento de tarifa variable, si corresponde.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Office Use:	LC:	NA:	INS.	E	I	SF
	OHI	Prophy	FL2		Sealants	

Office Use:
<input type="checkbox"/> Posted <input type="checkbox"/> Scanned
Date Entered: _____

STUDENT Name: _____

DOB: _____

HISTORIA DE LA SALUD DENTAL

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO TOMA EN UNA BASE DIARIA:

MEDICACIÓN: _____	DOSIS: _____ mg	DIRECCIONES: _____
MEDICACIÓN: _____	DOSIS: _____ mg	DIRECCIONES: _____
MEDICACIÓN: _____	DOSIS: _____ mg	DIRECCIONES: _____

SI / NO ¿MI HIJO TIENE MEDICAMENTOS / ALIMENTOS / ALERGIAS AMBIENTALES?
SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA: _____

SI / NO ¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNAS HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS RECIENTES?
SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA: _____

SI / NO ¿ALGUIEN FUMA EN LA CASA? SI / NO ¿DROGAS / ADICCION AL ALCOHOL?

SI / NO ¿HA DENUNCIADO SU HIJO AL DOLOR DENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

SI / NO ¿HA VISTO SU HIJO A UN DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES? ¿ÚLTIMA VISITA?: _____

*Si su hijo tiene una afección cardíaca, adjunte una carta de autorización médica al formulario de inscripción.

STUDENT HISTORY

HAS CHILDEVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?
(circle "yes" or "no")

- SÍ NO AGREGAR / ADHD
- SI NO ANEMIA
- SI NO ASMA / RESPIRACION
- SI NO DESORDEN DE LA SANGRE
- SÍ NO CÁNCER
- SI NO DISCAPACIDAD
- SI NO DIABETES
- SÍ NO DOLOR DE CABEZA / MIGRAÑA
- SÍ NO AUDIENCIA / VISIÓN
- SÍ NO PROBLEMAS DEL CORAZÓN
- SI NO ALTA PRESION DE SANGRE
- SÍ NO RIÑÓN / VEJIGA
- SI NO ENVENENAMIENTO CON PLOMO
- SÍ NO PROBLEMAS DE HÍGADO
- SI NO ENFERMEDAD MENTAL
- SI NO OBESIDAD
- SÍ NO CONVOCATORIAS / EPILEPSIA
- SÍ NO PROBLEMAS DE PIEL
- SI NO PROBLEMAS DE ESTOMAGO
- SÍ NO CARRERA
- SÍ NO PROBLEMAS DE TIROIDES
- SÍ NO CARGADO DE DIENTES
- SÍ NO TUBERCULOSIS

OTHER: _____

FAMILY HISTORY

HAS AN IMMEDIATE FAMILY MEMBER (parent, sibling, grandparent) EVER HAD
ANY OF THE FOLLOWING? (circle "yes" or "no")

- SÍ NO ADD / ADHD ¿Quién?: _____
- SÍ NO ANEMIA ¿Quién?: _____
- SÍ NO ASMA / RESPIRACIÓN ¿Quién?: _____
- SÍ NO TRASTORNO DE SANGRE ¿Quién?: _____
- SÍ NO CÁNCER ¿Quién?: _____
- SÍ NO DESARROLLAR. DISCAPACIDAD ¿Quién?: _____
- SÍ NO DIABETES ¿Quién?: _____
- SÍ NO DOLOR DE CABEZA / MIGRAÑA ¿Quién?: _____
- SÍ NO AUDIENCIA / VISIÓN ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DEL CORAZÓN ¿Quién?: _____
- SÍ NO ALTA PRESIÓN ARTERIAL ¿Quién?: _____
- SÍ NO RIÑÓN / VEJIGA ¿Quién?: _____
- SI NO ENVENENAMIENTO CON PLOMO ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE HÍGADO ¿Quién?: _____
- SÍ NO ENFERMEDAD MENTAL ¿Quién?: _____
- SÍ NO OBESIDAD ¿Quién?: _____
- SÍ NO EMBARAZOS / EPILEPSIA ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE PIEL ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE ESTÓMAGO ¿Quién?: _____
- SÍ NO CARRERA ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE TIROIDES ¿Quién?: _____
- SÍ NO CARDICIÓN DENTAL ¿Quién?: _____
- SÍ NO TUBERCULOSIS ¿Quién?: _____

OTHER: _____

Información Adicional: _____

POR FAVOR DEVUELVA LA INSCRIPCIÓN COMPLETA A SU ENFERMERA ESCOLAR. ¡GRACIAS!

Documented and reviewed by: _____