



Paquete de Inscripción del Centro de Salud Escolar de Hamilton
POR FAVOR COMPLETE Y FIRME TODAS LAS PÁGINAS

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M ___ F ___
 # del Seguro Social del paciente _____ # de identificación de la escuela _____
 Escuela del Estudiante _____ Grado o año escolar del Estudiante _____

Servicios de atención primaria:

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **atención médica** incluyendo el cuidado rutinario de niños* (incluye el trabajo, la guardería, y exámenes físicos para deportes) vacunas apropiadas, y el tratamiento de enfermedades o lesiones incluyendo medicamentos de venta libre a menos que se necesiten los servicios de emergencia. (* Nota: el cuidado de salud de niños incluye pruebas de visión y audición, exámenes de orina y de sangre, vacunas cuando sean necesarias, y cuando sea apropiado un examen genital externo)

NO, no deseo que mi hijo reciba **atención médica** en el centro de salud de la escuela (SBHC)

SERVICIOS DENTALES:

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en una Clínica de Primary Health Solutions o / clínica móvil basada en la escuela que incluye el cuidado preventivo, exámenes dentales, radiografías, selladores, calzas o rellenos, anestesia local, extracción de dientes, y extracción de raíz cuando sea necesario. Los selladores y otros procedimientos preventivos serán proporcionados en la escuela. (El plan de tratamiento será aprobado con los padres / tutores antes de comenzar.)

NO, no deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES**

Servicios de la vista:

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de la vista en el Centro de Visión de OneSight en la escuela de Hamilton, que puede incluir exámenes completos de la vista, incluyendo la dilatación, terapia de la visión y en el ajuste y dispensación de corrección de la vista. (Por favor vea la sección de transporte.)

NO, no deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DE VISION** en el Centro Oftalmológico Basado Escuela OneSight

TRANSPORTACIÓN:

SÍ, doy mi consentimiento para que mi hijo sea **TRANSPORTADO / ACOMPAÑADO** hacia y desde los servicios médicos, dentales o de centros de Visión por una persona designada por la escuela. Yo, el padre o tutor del estudiante arriba mencionado, libero a Primary Health Solutions, miembros de la junta, empleados y agentes autorizados y representantes y el Distrito Escolar de la ciudad de Hamilton, sus miembros de junta, administradores, empleados y agentes autorizados y representantes de todas las responsabilidades relacionadas con daños personales o daños como resultado del transporte de mi estudiante hacia y desde los servicios de salud.

NO, no quiero que mi hijo sea transportado hacia o desde la escuela para estos fines.

Al firmar este consentimiento, acepto los términos y condiciones sobre el **PAGO POR SERVICIOS E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD** como esta explicada en la forma adjunta de descripción del programa. También he recibido y estoy de acuerdo con el **consentimiento del paciente para uso y divulgación de información de salud protegida**, como se explica en la forma de la descripción del programa. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que se adjunta por separado.

Firma del Padre /Guardián

Fecha

Nombre del Padre /Guardián en letra de molde

Firma del paciente (si es mayor de 18 años)

Fecha

Nombre del Paciente en letra de molde

**PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
PATIENT REGISTRATION FORM**

INFORMACION DEL PACIENTE:						
Apellido	Nombre	Inicial	Apodo	Seguro Social #	Cumpleaño	Sexo
Direccion De la Cuenta Del Paciente			Ciudad	Estado	Código Postal	
Direccion De Residencia (Si Diferente)			Ciudad	Estado	Código Postal	
INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE (Ignore si igual a arriba):						
Apellido	Nombre	Inicial	Seguro Social #	Cumpleaño	Relacion	
INFORMACIÓN DEL SEGURO						
Seguro Primario	Poliza #	Grupo #	Efectivo	Co-Pay	Nombre en la Poliza	Relacion
Seguro Secundario	Poliza #	Grupo #	Efectivo	Co-Pay	Nombre en la Poliza	Relacion
Seguro Terciario	Poliza #	Grupo #	Efectivo	Co-Pay	Nombre en la Poliza	Relacion
ESTADÍSTICAS REQUERIDAS PARA LA INFORMACIÓN GUBERNAMENTAL:						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> Raza/pertenencia Etnica: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Hispano/Latinoamericano <input type="checkbox"/> Hawliano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otro						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latinoamericano <input type="checkbox"/> No Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/no Reporteado						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> para indicar idiomas que habla fluido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Aleman <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro: _____ Habla inglés con fluidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí no, el idioma preferido: _____						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> <i>To do el que se aplica:</i> <input type="checkbox"/> Vision Detriorada <input type="checkbox"/> Audicion Detriorada <input type="checkbox"/> Barrera Linguistica <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Sin Domicilio <input type="checkbox"/> Labriego Emigrado						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> su Religión: <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Agnostico <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Buddhíst <input type="checkbox"/> Jewish <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Islamic <input type="checkbox"/> Pentecostal <input type="checkbox"/> Scientologist <input type="checkbox"/> Otro						
<input checked="" type="checkbox"/> estado de limadura del impuesto: <input type="checkbox"/> Vuelta no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Cabeza de familia EL CABEZA DE FAMILIA ES A: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> Estrado Matrimonial: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a Legal <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Compañero/a De Vida <input type="checkbox"/> Otro						
Por favor <input checked="" type="checkbox"/> Estado De Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo						
PREFERENCIAS DEL CONTACTO:						
<input checked="" type="checkbox"/> para indicar el métado de entrar en contacto con preferido: <input type="checkbox"/> Telefona () _____ <input type="checkbox"/> Telefono del Trabajo () _____ <input type="checkbox"/> Célula/Suplente () _____ <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____						
Nombre y número de contacto de la emergencia						
DIRECTORIO AVANZADO:						
Testamento De Vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En Que Hospital Lo Teine? _____						

PRIMARY HEALTH SOLUTIONS, INC (PHS)

Reconocimiento de recibo de prácticas privadas

Estamos obligados de darle a cada paciente una copia de nuestra Noticia de Prácticas Privadas, lo cual dice cómo podemos usar y/o compartir su información de salud. Por firmar esta forma usted declara que recibió esta noticia y una copia de nuestro folleto para pacientes. Usted no está obligado/a a firmar si no quiere.

Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos ponernos en contacto en la manera más eficiente.

- Si tiene un contestador telefónico en casa, ¿podemos dejar un recado? Sí No
- ¿Podemos dejar un recado en su trabajo para llamar nuestra oficina? Sí NO
- ¿Podemos mandar un correo electrónico? Sí No
- ¿Hay alguien en la casa con quien podamos dejar un recado? Sí No

Nombre abajo persona/personas que tiene(n) su permiso discutir/recibir su información médica:

Nombre/dirección/teléfono/relación

Nombre/dirección/teléfono/relación

Empresario (Nombre/dirección/teléfono)

--

¿Vive Ud. en vivienda pública? Sí No

Miembros del hogar

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Ingresos	Por hora/semanal/Quincenal/anual

Porque recibimos algún dinero para ayudarnos ofrecer servicio a los que no están asegurados, nos piden tener registros del ingreso de todos nuestros pacientes. También ofrecemos honorarios en una escala descendiente para personas que no tienen seguridad y necesitamos esta información para calcular su descuento. **TODA LA INFORMACION SE QUEDA CONFIDENTIAL.**

Ingresos antes impuestos	Por hora/semanal/quincenal/anual	Otros ingresos	Documentados
\$ _____ por			
Tamaño de la familia			

Certifico que la información dada por mí es verdad. Consiento a cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes por el asistente privado/médico. Entiendo que esta autorización también permite el centro de salud hacer pública la información relacionada a mis documentos médicos a otras oficinas para ayudar con mi asistencia médica continua. Reconozco la responsabilidad financiera total por servicios prestado por Primary Health Solutions. Autorizo la liberación de información a mi transportista de seguridad y autorizo el pago directo a Primary Health Solutions. He leído entiendo todo lo escrito.

Firma: _____ Fecha: _____
 Paciente Padre Garante

Imprima Nombre y dirección: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

(Por favor, continúe en la página siguiente)

Hamilton School-Based Health Center Información del Estudiante

Para poder darle servicios de salud a su niño, nosotros necesitamos la siguiente información:

Nombre del paciente _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Fecha de nacimiento del padre/Guardián: _____

Relación con el niño: _____ Número del Seguro Social del Padre(Si lo tiene): _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Persona para contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Médico de cabecera o clínica: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Fecha del último examen físico anual completo (cabeza a los pies): _____

Dentista regular/Clínica: _____ Teléfono: _____

Fecha de la última revisión dental de rutina: _____

Fecha del último examen de la vista _____

¿Quiere una copia del examen físico para mandar a su clínica o médico? SI _____ No _____

Farmacia Preferida: _____ Teléfono: _____

Firma del Padre /Guardián _____ Fecha de la Firma _____

Formulario de Historial de salud

Por favor complete, firme y devuelva todos los formularios lo más pronto posible.

Nombre del Paciente _____

1. ¿Es su niño alérgico a alguna medicina? No _____ Si _____ Si marcó si, por favor enumere _____

2. ¿Tiene alergias severas a algún alimento? No _____ Si _____ Por favor enumere _____

¿Otras alergias? Por favor enumere _____

3. Su hijo o algún otro miembro de la familia tiene o ha tenido alguno de estos problemas? (Por favor marque)

	Niño Familia		Niño Familia		Niño Familia
Asma o silbido	_____	desmayo por ejercicio	_____	Convulsiones	_____
Alergias/alergias temporales	_____	Frecuentes dolores de cabeza	_____	Sinusitis	_____
ADHD / ADD	_____	Frecuente dolor de garganta	_____	Insomnio	_____
Anemia /Problemas de sangre	_____	Frecuentes dolores de estomago	_____	Ronquidos	_____
Reacción anafiláctica	_____	Colesterol alto	_____	problemas del habla	_____
Curvatura espinal anormal	_____	Soplo del corazón	_____	Ulceras estomacales	_____
Alcohol /Abuso de drogas	_____	Pérdida auditiva/problemas	_____	Suicidio	_____
Acné	_____	Enfermedades del corazón	_____	Derrame cerebral	_____
Problemas de comportamiento	_____	Alta presión arterial	_____	Migrañas	_____
Niños: testículo atrofiado	_____	HIV /SIDA	_____	Tuberculosis	_____
Se orina en la ropa	_____	Sarpullido	_____	Bajo de peso	_____
Trastornos de sangre	_____	Hiperactividad	_____	Infecciones urinarias	_____
Huesos quebrados	_____	Problemas de articulaciones	_____	Le saltan los párpados	_____
Cáncer -- tipo	_____	Enfermedades de los riñones	_____	Ardor en los ojos	_____
Varicela	_____	Envenenamiento de plomo	_____	Doble Visión	_____
Diarrea/ constipación	_____	Problemas de aprendizaje	_____	Resequedad en los ojos	_____
Infecciones crónicas de oído	_____	Leucemia	_____	Fatiga Visual	_____
Concusiones	_____	bultos en la ingle/senos	_____	Picazón en los ojos	_____
Depresión	_____	Problemas musculares	_____	Lagrimeo de ojos	_____
Diabetes	_____	Tics nerviosos	_____	Sensibilidad a la luz	_____
Mareos/desmayos	_____	Hemorragia nasa l	_____		
Eczema / infecciones de la piel	_____	Pesadillas	_____		
Flujo vaginal	_____	Problemas dentales/Dolores	_____		

Nombre del Paciente _____

Historial Médico

Por favor encierre su respuesta con un círculo y explique si contesta positivo.

¿Está su niño tomando alguna medicina? Si ___ No ___ _____

¿Ha tomado su niño alguna medicina anteriormente? Si ___ No ___ _____

¿Ha estado su hija embarazada? Si ___ No ___ Cuantos bebés vivos ha tenido su hija? _____

¿Ha pasado su niño una noche o mas en el hospital? Si ___ No ___ _____

¿Ha tenido su niño cirugías? Si ___ No ___ _____

¿Ha tenido su niño golpes o contusiones en la cabeza? Si ___ No ___ _____

¿Tiene su niño retraso de desarrollo? Si ___ No ___ _____

Historial Dental

Por favor encierre sus respuestas en un círculo y explique su respuesta

¿Su niño tiene dolor en los dientes? Si ___ No ___ _____

¿Su niño se lava los dientes? Si ___ No ___ _____

¿Su niño usa hilo dental? Si ___ No ___ _____

¿Ha recibido su niño tratamiento de fluoruro? Si ___ No ___ _____

¿Alguien le ha explicado a usted la importancia de los primeros dientes de su niño? Si ___ No ___

Historial del Estudiante

Por favor encierre en un círculo su respuesta y explique.

¿Ha tenido alguien un ataque cardiaco antes de los 50 años? Si ___ No ___ _____

¿Hay armas de fuego en su casa? Si ___ No ___ _____

¿Alguien fuma en la casa de su niño? Si ___ No ___ _____

¿A sido su niño victima de abuso? Si ___ No ___ _____

¿Ha visto su niño a alguien siendo abusado/a Si ___ No ___ _____

¿Ha tenido su niño problemas en la escuela? Si ___ No ___ _____

¿Que hobbies o actividades le gustan a su niño? _____

Historial Escolar

Por favor marque sí o no a continuación, y explique las respuestas afirmativas en la línea de abajo:

- ¿Su hijo tiene algún problema de aprendizaje? Si ___ No ___ _____
- ¿Está su hijo en una clase especial (Educación Especial)? Si ___ No ___ _____
- ¿Su hijo ha repetido un grado? Si ___ No ___ _____
- ¿Su hijo se mete en problemas a menudo en la escuela? Si ___ No ___ _____
- ¿Como son las calificaciones de su hijo? _____ ¿A Habido algún cambio? Si ___ no ___

Historial de la Vista

Por favor conteste las preguntas a continuación y explique.

- ¿Actualmente, su niño usa lentes? Si ___ No ___ Perdidos/quebrados _____
- ¿Su niño usa lentes de contacto? Si ___ No ___
- Si usa lentes, que marca _____ Solución: Optifree Renu ___ Peroxide _____
- Cuando los usa: Se los quita En la noche Duerme con ellos Los reemplaza diario
- Los reemplaza: Cada mes _____ Cada 2 semanas _____ Diario _____

Su niño o alguien en la familia ha sido diagnosticado con/o ha tenido:

	Derecho	Izquierda	Niño	Familia
Glaucoma	_____	_____	_____	_____
Cataratas	_____	_____	_____	_____
Lesiones en el ojo	_____	_____	_____	_____
Dolor en el ojo	_____	_____	_____	_____
Ambliopía (lazy eye)	_____	_____	_____	_____
Desprendimiento de retina	_____	_____	_____	_____
Degeneración Macular	_____	_____	_____	_____
Diabetes	Si _____ No _____	_____	_____	_____

El estudiante ha tenido laguna de estas cirugías:

- LASIK Si ___ No ___ _____
- Cataratas Si ___ No ___ _____
- Músculo del ojo Si ___ No ___ _____
- Parpado del ojo Si ___ No ___ _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Gracias por el tiempo que utilizó llenando el formulario del historial de salud de su hijo y la forma de consentimiento

**Las Próximas Páginas
son para que usted las
lea y revise y las
guarde en sus archivos**



Descripción del programa Del Centro de salud escolar de Hamilton

Bienvenido al Centro de Salud Escolar de Primary Health Solutions en Hamilton. El Centro de Salud Basado en la Escuela hace que la atención médica, dental y de visión este a disposición de todos los estudiantes cuando sea necesario. Si su niño /adolescente se enferma en la escuela o si su niño /adolescente necesita un chequeo, examen físico para deportes, vacunas, atención dental de rutina o un examen de la vista, esto lo pueden hacer en el Centro de Salud de la escuela. Si su niño /adolescente tiene un problema dental mientras está en la escuela, un dentista puede ver a su hijo sin necesidad de que usted tenga que sacar tiempo en su trabajo y minimizar el tiempo que su hijo pierde en la escuela.

Cómo funciona el Centro de Salud de la Escuela (SBHC) :

- Usted debe completar el formulario de consentimiento adjunto, y las otras páginas de información y devolverlos a la enfermera de la escuela o la oficina de la escuela.
- Usted o su hijo pueden programar una cita en el SBHC si su niño está enfermo o lesionado. También puede programar una cita para exámenes físicos, vacunas, físicos de deportes requeridos o exámenes físicos de empleo, cuidado dental, exámenes de la vista, y todos los problemas de atención asociados con la salud. Se proporcionarán las recetas si son necesarias.
- Después de la visita de su hijo con el doctor o dentista, se intentará hacer contacto con usted en caso necesario. .
- **El Centro de Salud de la escuela no toma el lugar de su doctor de atención primaria (PCP) y inscribirse al programa no significa que usted está cambiando el doctor de su hijo.** Si es necesario, usted puede hacer una cita de seguimiento con el doctor y un resumen de la visita de su hijo en el SBHC será enviado a esa oficina. Si por el contrario, usted no tiene un doctor de cabecera regular, le damos la bienvenida y aquí y podemos establecer el cuidado de atención primaria de su hijo. Si su hijo ya es un paciente de cualquier clínica de Primary Health Solutions, usted todavía tiene que firmar este consentimiento para formar parte del Centro de Salud Basado en la Escuela.

Derechos y Responsabilidades del Paciente:

- Respeto e igualdad de tratamiento, atención y acomodaciones están disponibles sin importar la raza, la edad, el origen étnico, credo, sexo; u orientación sexual.
- Tener una evaluación de la atención de salud y plan de atención y participar en su plan de salud.
- Hablar con su proveedor de atención médica de manera abierta y privada.
- Es responsabilidad del paciente de llevar a cabo el plan de tratamiento recomendado.
- Dar un tiempo de por lo menos 30 días para la finalización de las formas y la transferencia de los registros de tratamiento de seguros o de discapacidad.
- Notificar al SBHC si ha recibido tratamiento en una sala de emergencias o un hospital.
- Cuando el Centro esté cerrado, en caso de emergencia llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Si usted tiene un problema urgente y desea hablar con el proveedor de guardia, por favor llame al (513) 454-1111.

LOS SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD que podemos ofrecer son:

- Visitas de enfermedad (por ejemplo, para el dolor de garganta, sarpullido, un ataque de asma) y el seguimiento de los problemas médicos, incluyendo exámenes físicos, pruebas y tratamiento, medicamentos cuando sea necesario.
- Evaluación de lesiones menores, incluyendo primeros auxilios.
- Examen físico de rutina (incluyendo los deportes y los exámenes físicos de trabajo) con vacunas, exámenes de rutina y tratamientos según sea necesario.
- Manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes y el colesterol alto.
- Educación para la salud y promoción de bienestar.
- Referencia a agencias externas para su posterior cuidado que no puedan ser proporcionados en el Centro de Salud Basado en la Escuela.

LOS SERVICIOS DENTALES DE SALUD que podemos ofrecer son:

- Examen dental de rutina y pruebas de detección, incluyendo la educación de salud dental y los servicios de prevención, tales como la limpieza y selladores dentales para ayudar a prevenir las caries dentales.
- Visitas con problemas dentales (por ejemplo, para el dolor, infección o lesión) o visitas de atención de urgencia o emergencia, que incluyen el examen, radiografías, empastes, extracciones (la extracción de los dientes flojos o infectados), el tratamiento necesario (incluyendo medicamentos) para infección oral u otros problemas, y / u otros procedimientos (incluyendo tratamiento de extracción de raíz de dientes delanteros).

Respecto a PAGO DE SERVICIOS:

- Si usted no tiene seguro de salud para su hijo, usted será responsable de pagar la cuenta de su hijo con la tarifa de descuento apropiada. Sin embargo, a ningún niño se le negará la atención debida por que no tiene dinero para pagar por los servicios.
- Si usted no tiene seguro de salud para su hijo, se solicita la información sobre su ingreso familiar para garantizar el cumplimiento de los requisitos federales y para determinar si usted reúne los requisitos para darle precios reducidos o no exigidos y basados en la escala de ingresos de Primary Health Solutions. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.
- Si tiene seguro privado, debe ponerse en contacto con su departamento de servicio al cliente para asegurarse de que su seguro pague por los servicios de Primary Health Solutions. Si su seguro no cubre a Primary Health Solutions, usted será responsable del pago de acuerdo al descuento basado en su ingreso familiar.
- A ningún niño se le negará la atención debido a la incapacidad para pagar los servicios.
- Podemos ayudarle si necesita asistencia para aplicar por Medicaid. Usted puede pasar por nuestro centro o llamar al (513) 892-1888 ext 1122 #1. También puede ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado de Butler al (513) 887-5600.

En cuanto al INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD:

- El Centro de Salud Basado en la Escuela podrá solicitar registros médicos / información de cualquier médico o centro donde su hijo haya sido visto.
- Los resultados de la visita serán enviados del Centro de Salud Escolar al doctor de su hijo.
- Primary Health Solutions, el Centro de Salud Basado en la Escuela y / o enfermeras de las Escuelas de la ciudad de Hamilton compartirán información médica entre sí, incluyendo registros de vacunas según sea necesario.
- La información médica y cualquier otra información del niño sólo se utiliza en los tratamientos, pagos y operaciones de atención médica del Centro de Salud Basado en la Escuela. Toda la información de su hijo se mantendrá en estricta confidencialidad de acuerdo con todas las leyes estatales y federales.
- La escuela tiene otros recursos disponibles en la comunidad, incluida la salud mental. Si necesita servicios para la salud mental, el proveedor de centro de salud puede referirlo al proveedor de salud mental en la escuela de su hijo o de un sitio de la comunidad. El proveedor de salud mental se comunicará con usted si da su consentimiento. El proveedor de centro de salud y el proveedor de salud mental coordinarán el cuidado de su hijo, según sea necesario. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

Consentimiento del Paciente para el uso y divulgación de información de salud protegida

Con mi consentimiento, Basado en la Escuela Centro de Salud o Primary Health Solutions pueden usar y divulgar información de salud protegida, (PHI) más para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud (TPO). Por favor, vea el aviso de Prácticas de Privacidad de Primary Health Solutions para una descripción más completa de estos usos y divulgación.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Primary Health Solutions reserva el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Un aviso revisado de las prácticas de privacidad se puede obtener mediante el envío de una solicitud por escrito a Primary Health Solutions en 210 South S. 2nd Street, Second Floor, Hamilton, OH, 45011.

Con mi consentimiento, el Centro de Salud de la escuela puede llamar a mi casa u otro lugar designado y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona que esté relacionado con todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada referente a mi cuidado clínico, incluyendo los resultados de laboratorio, entre otros.

Con mi consentimiento, el Centro de Salud de la escuela o Primary Health Solutions pueden enviar por correo a mi casa u otro lugar designado todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre y cuando se marquen como Personal y Confidencial .

Yo tengo el derecho de solicitar que Primary Health Solutions o el Centro de Salud de la escuela limiten cómo utilizar o divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Sin embargo, la práctica no está obligada a estar de acuerdo con mis restricciones solicitadas pero si decide hacerlo, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy consintiendo a los usos y divulgación de mi información de salud protegida del Centro de Salud Basado en la Escuela para llevar a cabo el tratamiento, pago y funcionamiento.

- Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en el caso de que la práctica ya ha hecho revelaciones sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, el Centro de Salud Basado en la Escuela podrá negarse a proporcionarme tratamiento.

* Tenga en cuenta que el Centro de Salud Basado en la Escuela es **completamente opcional**. La enfermería de la escuela y los servicios de emergencia todavía se proporcionarán aunque usted se rehusa al consentimiento de tratamiento en el Centro de Salud Basado en la Escuela.

Este consentimiento permanecerá en efecto hasta que su hijo ya no esté inscrito en Las escuelas públicas de Hamilton. Usted puede revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento mediante la solicitud por escrito pidiendo que su hijo sea removido para recibir tratamiento en el Centro de salud basado en la Escuela. Por favor notifíquenos en el teléfono de abajo y por escrito de cualquier cambio en la tutela.

Por favor, guarde esta descripción del Programa en sus archivos.

El Centro de Salud Basado en la Escuela es una excelente manera de mantener a su hijo sano y en la escuela. Por favor, háganos saber si hay algo que le impide inscribir a su hijo. Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, por favor llame a Primary Health Solutions al (513) 454-1111 o comuníquese con la enfermera de la escuela.

11/15/2011 10:00:00 AM

Consentimiento para la sedación con Oxido Nitroso

Si su niño necesita tratamiento dental, puede ser beneficioso o necesario el uso de la sedación con óxido nitroso para poder completar el tratamiento dental. El óxido nitroso relaja los niños, los hace más cómodos, y les da una experiencia mejor en su cita con el dentista. Al firmar este formulario de antemano, será más fácil para nosotros hacer el tratamiento de una manera más rápida y eficiente. Intentaremos llamarle antes de utilizar el óxido nitroso en su hijo. Por favor, lea lo siguiente y firme en la parte de abajo si usted da su consentimiento al tratamiento con sedación con óxido nitroso. Sólo se utilizará si es necesario.

Doy permiso para que el dentista de Primary Health Solutions de a mi hijo sedación de óxido nitroso si está indicado. Entiendo que algunos efectos secundarios pueden ocurrir incluyendo:

1. Náuseas y vómitos - Se sugiere que no coma ningún alimento mínimo dos horas antes de la cita.
2. Sudor excesivo y el paciente puede presentar enrojecimiento.
3. Una alta cantidad inusual de saliva a veces se produce.
4. Aunque no es común, el paciente puede tener una sensación de escalofríos.
5. En circunstancias excepcionales, el niño puede estar temporalmente hiperactivo.

Los beneficios incluyen la relajación y la posible eliminación de inyecciones de anestésico local ("novocaína"). Para aquellos pacientes que puedan necesitar ambos, el uso de óxido nitroso / oxígeno ayudara que las inyecciones sean mucho más fáciles para el paciente.

En ningún momento el paciente se "duerme" y en todo momento se le dará al paciente más oxígeno de lo que hay en el aire. Los pacientes serán monitoreados continuamente por el dentista y el personal, y los padres pueden estar presentes también si lo solicitan.

Si a usted le gustaría estar presente, por favor escriba una nota en la parte superior de éste formulario y estaremos encantados de programar la cita en su mejor conveniencia.

_____ Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba sedación con óxido nitroso cuando el dentista lo considere necesario. Entiendo que el personal dental intentará ponerse en contacto conmigo antes de la administración de óxido nitroso.

_____ No doy consentimiento para que mi hijo reciba sedación con óxido nitroso.

Nombre del Paciente _____

Firma (Padre / Tutor)

Número de Teléfono

Fecha