



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS
SCHOOL-BASED HEALTH SERVICES
PAQUETE DE INSCRIPCION



Bienvenido a Primary Health Solutions School Based Health Services (SBH).

Este centro es muy único ya que se basa en la escuela. Ofrece a los estudiantes y miembros de la comunidad acceso a la atención médica cuando de otro modo no estaría disponible. Operamos durante todo el año y durante el año escolar ofrecemos transporte SIN COSTO desde las escuelas en los distritos donde PHS brinda servicios, hasta los centros de salud y viceversa. Los padres / tutores siempre son bienvenidos en las citas, pero no están obligados a estar allí. Después del primer año, solo se deben completar los elementos que cambian. Ejemplos: grado en la escuela, edificio escolar, distrito escolar, direcciones, números de teléfono, historial médico, información del seguro, etc.

Una vez que se reciban el consentimiento y el historial completo del estudiante, comenzaremos a programar citas para los servicios aprobados. Recibirá un aviso de la hora de la cita del estudiante por teléfono o por nota de la escuela. Si no recibimos una solicitud para cambiar la cita, procederemos según lo programado.

- Complete los documentos requeridos y regrese a la escuela con el estudiante o déjelo en el centro de Una vez que se reciba el consentimiento y el historial completo del estudiante, comenzaremos a salud.
- La programación puede retrasarse si faltan documentos o la información es ilegible.

No dude en comunicarse con nosotros durante el horario comercial habitual al **(513) 454-1111 o (937) 535-5060**, si tiene alguna pregunta.

INFORMACION ESTUDIANTIL Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Fecha: Mes / Dia / Año	Apellido del Estudiante:	Nombre del Estudiante:	M.I.	Fecha de Nacimiento: Mes / Dia / Año
Escuela del Estudiante:	Edificio de el Estudiante:	Grado de el Estudiante:	ID de la Escuela del Estudiante:	

Doy mi consentimiento para los servicios de transporte. Estos servicios incluyen, transporte/acompañamiento hacia y desde el SBHC por parte de una persona designada por la escuela. Yo, el padre o tutor del estudiante mencionado anteriormente, libero a Primary Health Solutions, sus miembros de la Junta, sus empleados y agentes/representantes autorizados de toda responsabilidad por lesiones personales o daños resultantes del transporte hacia o desde la escuela para estos propósitos.

Doy mi consentimiento informado para que mi hijo participe en los siguientes servicios escolares de PHS:

Por favor marque en que servicios desea que participe su hijo:

- Todos los servicios Medico Dental Dental Móvil Vista Visita por teléfono

Servicios de Cuidado Primario

Atención Medica que incluye exámenes de bienestar infantil (incluye exámenes físicos para el trabajo, la guardería y los deportes), vacunas apropiadas, pruebas y procedimientos necesarios para el control de infecciones, servicios de farmacia clínica, evaluaciones conductuales apropiadas y tratamiento de enfermedades o lesiones, incluidos medicamentos de venta libre, a menos que sean servicios de emergencia. Se necesitan. **Cualquier receta necesaria se enviará a nuestra farmacia de PHS, que realiza entregas a menos que los padres soliciten una farmacia diferente.**

Servicios Dentales

LOS SERVICIOS DENTALES en el consultorio dental móvil/con sede en la escuela incluyen atención preventiva, exámenes dentales, radiografías, selladores, empastes, anestesia local, extracción de dientes y endodoncias, si es necesario. También se proporcionarán selladores y otros procedimientos preventivos. El plan de tratamiento será proporcionado y aprobado por los padres/tutores ANTES de comenzar el tratamiento.

Servicios de Visión

LOS SERVICIOS DE VISIÓN pueden incluir exámenes oculares completos (incluida la dilatación), terapia visual y adaptación/dispensación de corrección de la visión.

Al firmar este consentimiento, acepto los términos y condiciones relacionados con el Pago de servicios y el intercambio de información de salud tal como se explica en el formulario de Descripción del programa adjunto. También he recibido y estoy de acuerdo con el Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de información de salud protegida como se explica en el formulario de Descripción del programa. He recibido el Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo y acepto que este consentimiento permanecerá vigente hasta que lo revoque o hasta que mi hijo ya no esté inscrito en un distrito escolar donde PHS proporciona servicios.

Firma del parent o tutor o firma del paciente / estudiante (solo si tiene 18 años o más)

Nombre impreso del parent o tutor o nombre impreso del paciente / estudiante (solo si tiene 18 años o más)

Fecha

INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido	Nombre	MI	Sexo de Nacimiento <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento	
Dirección de Facturación del Paciente			Ciudad	Estado	Zip Postal	
Residencia del Paciente (si es diferente)			Ciudad	Estado	Zip Postal	
¿Qué método de contacto prefieres? Seleccione y complete todo lo que corresponda.						
<input type="checkbox"/> Celular #		<input type="checkbox"/> Teléfono de la Casa #				
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico del Paciente/Tutor						
¿Podemos Enviar Notificaciones? Seleccione todo lo que corresponda						
<input type="checkbox"/> Desactivar <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Buzón de Voz						
Hay cierto nivel de riesgo de que la información en un mensaje de texto o correo electrónico regular (sin cifrar) pueda ser leída por alguien además de ti.						
Nombre de Contacto de Emergencia		Relación de contacto de emergencia				
Contacto de Emergencia teléfono #		Correo electrónico de contacto de emergencia				
INFORMACION DE EMPLEO						
Nombre del Empleador		Ocupación		Teléfono del Empleador #		
ESTADÍSTICAS REQUERIDAS						
Religión <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Ateo <input type="checkbox"/> Islámico <input type="checkbox"/> Agnóstico <input type="checkbox"/> Cienciología <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Budista <input type="checkbox"/> Hindú <input type="checkbox"/> Otro _____	Raza (todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino	Etnicidad <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana/o <input type="checkbox"/> Declinó especificar				
			Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicana/o mexicana/o americana/o, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueña/o <input type="checkbox"/> Cubana/o <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declinar			
Estado civil para efectos fiscales <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar		Seleccione todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Nepalí <input type="checkbox"/> Frances <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Otro _____	
INFORMATION DEL SEGURO DEL PACIENTE						
Seguro Primario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Titular de la Póliza	Relación	
Seguro Secundario	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Titular de la Póliza	Relación	
Seguro Dental	Póliza #	Grupo #	Efectivo	Titular de la Póliza	Relación	
DIRECTIVAS AVANZADAS						
¿Tiene un testamento vital? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Está el testamento vital archivado con su proveedor de atención primaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

PADRE/TUTOR/PARTE RESPONSABLE (Requerido para menores de 18 años y siempre que el fiador no sea el Paciente)				
Apellido	Nombre	Sexo de Nacimiento <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento

Dirección	Ciudad	Estado	Zip Postal
Teléfono #	Correo Electrónico		
Estado civil para efectos fiscales <input type="checkbox"/> Devolución no archivada <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Jefe de Hogar	Raza (todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaiano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Otro Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana/o <input type="checkbox"/> Declinó especificar	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Mexicana/o mexicana/o americana/o, Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueña/o <input type="checkbox"/> Cubana/o <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declinar
Todo lo que aplica <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Trabajador Agrícola Migratorio <input type="checkbox"/> Barrera del Idioma			
INGRESOS DEL HOGAR (<i>Toda la información se mantiene confidencial</i>)			
Es política de Primary Health Solutions brindar servicios esenciales a quienes no tiene el medio, o quien tiene medios limitados para pagar sus servicios médicos (Sin seguro o con seguro insuficientes). Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia/hogar.			
Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. <small>* Con fines de asistencia se define familia/hogar como: cualquier persona que viva en la misma casa/dirección.</small>			
Sección (a): Ingresos totales del paciente y/o parte responsable y como declara esos ingresos. Sección (b): Otros ingresos del hogar y como declara esos ingresos. Sección (c): Número de miembros de la familia inmediata del hogar. La familia inmediata es su esposo/esposa/pareja y sus hijos. . Sección (d): Números de miembros del hogar que nos son familiares directos.			
(a) Su Ingreso: \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal	(b) Otros Ingresos del hogar \$	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bisemanal
(d) # de miembros del hogar que no son familiares directos: <input type="checkbox"/> # _____		<small>**Si reclama familia no inmediata, es posible que se requiera documentación adicional, como su declaración de impuestos sobre la renta que indique a los dependientes o el estado de cabeza de familia.</small>	
DOCUMENTACIÓN DE NINGÚN INGRESO <small>Si ha informado ingresos de \$ 0 en la sección anterior, explique cómo está satisfaciendo sus necesidades diarias.</small>			
CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO Entiendo que, para determinar la elegibilidad para el programa de Escala de Tarifas, debo proporcionar uno de los siguientes: año anterior W-2, dos talones de pago más recientes, carta del empleador o Formulario 4506-T (si W-2 no se archivó). Si trabajo por cuenta propia, debo presentar los detalles de los últimos tres meses de ingresos y gastos para el negocio. Primary Health Solutions puede solicitar información adicional antes de que el paciente nombrado arriba sea aprobado para un descuento.			
Estoy de acuerdo en informar a Primary Health Solutions de cualquier cambio en las circunstancias que puedan afectar la elegibilidad del paciente. Cualquier información falsa o fraudulenta proporcionada será motivo de denegación de servicios para el paciente. Entiendo que la información anterior debe ser actualizada cada doce (12) meses, o si hay algún cambio en el tamaño de la familia o los ingresos del hogar.			
He recibido información explicando el Programa Escala de tarifas y acepto seguir sus términos. Entiendo que cualquier descuento para el que soy elegible, se aplicará a todos los servicios recibidos en cualquiera de las prácticas de Primary Health Solutions, pero no a aquellos servicios o equipos que se adquieren desde fuera, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos X por un radiólogo de consultoría y otros servicios similares. Si elijo pagar la tarifa completa o no califico para un descuento, puedo recibir una factura si todos los servicios provistos no están cubiertos por la tarifa pagada por adelantado. Certifico que toda la información dada por mí es verdadera. Yo consiento a cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes por el proveedor que lo atiende. También doy mi consentimiento para pruebas y procedimientos necesarios para el control de infecciones. Entiendo que esta autorización también permitirá que el centro divulgue información relacionada con mi expediente médico a otras oficinas para ayudar en mi cuidado continuo. Reconozco la plena responsabilidad financiera por los servicios prestados por Primary Health Solutions. Autorizo la divulgación de información a mi compañía de seguros y autorizar el pago directamente a Primary Health Solutions. He leído y entiendo completamente lo anterior.			
Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprenta) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor		Firma del Paciente/Parte Responsable <hr/>	
		Fecha de la Firma <hr/>	



Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. FAVOR DE REVISARLO CON CUIDADO.

Este aviso de la privacidad de las prácticas describe como Primary Health Solutions (PHS) puede usar y compartir su información médica con otros para llevar a cabo tratamientos, Pagos u operaciones concernientes al cuidado de la salud y para otros propósitos permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos para ver y enmendar su Información de Salud Protegida (ISP). La Información de Salud Protegida es la información sobre usted y los servicios que ha recibido. Esto incluye información como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, diagnóstico, tratamiento, o cualquier otra información que pueda identificarlo a

1. Usos y Divulgación de su Información Médica

Usos y Divulgación de su Información Médica

Su Información Médica privada puede ser usada y compartida por su doctor, nuestro personal, y otros fuera de nuestra oficina que estén involucrados en el cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle a usted servicios del cuidado de la salud, pagar las cuentas por estos servicios, para mantener las operaciones de PHS y para cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley.

Tratamiento: Nosotros usaremos y compartiremos su ISP para proveer, coordinar, o manejar el cuidado de su salud y cualquier otro servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o manejo del cuidado de su salud por un tercero (Por ejemplo, mandar ISP a un especialista como parte de una derivación).

Usted y a su salud física o mental del pasado, presente, futuro o tratamiento que recibe.

Será usada en la medida en que sea necesario para recibir pagos por los servicios para el cuidado de la salud. Por ejemplo, obtener la aprobación para quedarse o ser admitido en el hospital puede requerir que compartamos su ISP con su plan de salud para obtenerla. O mandar información sobre sus cuentas a su seguro médico, Medicaid o Medicare.

Operaciones concernientes al cuidado de la salud: Nosotros podemos usar o divulgar, en la medida en que sea necesario, su ISP para mantener las actividades financieras de PHS. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a ellas, actividades de evaluación de calidad, reevaluación de las actividades de un empleado, entrenamiento de estudiantes de medicina, licencia, inspecciones o auditorías por descuidos en el cuidado de la salud, actividades de estudio de mercado o de recaudación de fondos y la conducción o coordinación de otras actividades financieras. Por ejemplo, podemos divulgar su ISP a estudiantes de la escuela de medicina que vean pacientes en nuestra oficina. En adición, podemos usar en la recepción una hoja donde se le requiera que escriba su nombre y el del doctor que va a ver.

También lo podremos llamar por su nombre cuando el doctor esté listo para verlo o contactarlo por teléfono o por e-mail para recordarle que tiene una cita.

Podemos usar o divulgar su ISP en varias otras situaciones **sin** su autorización. Podremos divulgar su ISP por razones de salud pública, abusos o negligencias en los reportes, estudios de investigación, arreglos funerarios o donación de órganos, con propósitos para compensaciones al trabajador, cuando lo requiera la Administración de Alimentos y Drogas y en casos de emergencias. También divulgaremos su ISP cuando lo requiera la ley, como por ejemplo en respuesta a un requerimiento de la aplicación de la ley en circunstancias específicas, o en respuesta a una orden judicial o administrativa válida.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos solo se harán con su autorización y con la oportunidad de negarse a menos que sea requerido por la ley. Usted puede cancelar cualquier autorización que haya dado, en el momento que usted quiera, pidiéndolo por escrito.

2. Sus Derechos

A continuación le sigue una declaración de sus derechos sobre la Información de la Salud Protegida (ISP)

Usted tiene el derecho de inspeccionar y requerir una copia de su ISP. Sin embargo las leyes federales no le permiten el acceso a los siguientes documentos: anotaciones de la psicoterapia; información recolectada para ser usada en una acción o procedimiento civil, criminal o administrativo.

Usted tiene el derecho de pedir restricciones para su ISP. Esto significa que nos puede pedir que no usemos o compartamos cualquier parte de su ISP con el propósito de tratamiento, pagos u operaciones del cuidado de la salud. Usted puede pedir que cualquier parte de su ISP no sea divulgado a miembros de la familia, amigos, u otros individuos que participen en su cuidado. Aunque PHS va a considerar cualquier pedido de restricción, no estamos obligados a estar de acuerdo.

Usted tiene el derecho de pedir que cualquier ISP sobre usted se le sea comunicada en forma confidencial, como que se la envíen por correo a otra dirección o de otra manera.

Usted tiene el derecho de obtener de nosotros una copia escrita de este aviso cuando lo pida.

Usted puede pedirle a PHS que enmiende su ISP. Si se lo negamos usted tiene el derecho de sentar una declaración por escrito de que está en desacuerdo con nosotros y podremos prepararle una respuesta a su declaración, proveyéndole una copia de tal respuesta.

Usted tiene el derecho de exigir una lista de las divulgaciones, si las hay, de su ISP.

Usted tiene el derecho de quejarse a PHS o a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados por PHS. Usted puede sentar una queja con nosotros, notificando a nuestro agente de HIPAA a la dirección o teléfono que encontrará más adelante. Su queja no afectará en absoluto los servicios del cuidado de su salud.

Para poder ejercer cualquiera de los derechos mencionados, usted puede pedirle a cualquier empleado de PHS que le dé los formularios y las instrucciones necesarias.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso para todos los documentos y se lo informaremos poniendo una copia del aviso corregido en la sala de espera.

La ley nos exige que protejamos la privacidad de su información, que le demos este aviso sobre la privacidad de las prácticas y que actuemos de acuerdo a lo que se estipula en este aviso. Si usted tiene cualquier pregunta o queja por favor contacte a nuestro agente de privacidad de PHS:

Primary Health Solutions
300 High Street – 4th Floor
Hamilton, OH 45044
513-454-1111



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS (PHS)

Acuse de Recibo de Practicas de Privacidad

Fecha de Hoy: _____ Mes / Dia / Año

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Apellido	Nombre	MI	Nickname	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento Mes / Dia / Año
----------	--------	----	----------	-----------------	--

Estamos obligados a dar a cada paciente una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que indican como podemos usar o revelar su información de salud. Por favor firme este formulario para acusar recibo de este aviso y una copia de nuestro folleto del paciente. Puede negarse a firmar si lo desea.

Por favor responda las siguientes preguntas para que nos pongamos en contacto con usted de la manera más eficiente posible.

¿Podemos enviar o recibir información clínica de proveedores de atención médica que participan en su atención? Sí No

¿Si tiene una contestadora automática, ¿podemos dejar un recado? Sí No

¿Podemos dejar un recado en su trabajo para que llame a nuestra oficina? Sí No

¿Hay alguien en su casa con quien podamos dejar un recado? Sí No

En caso afirmativo, proporcione a los miembros del hogar el nombre: _____

Anote abajo a cualquier persona o personas autorizadas por usted para discutir /recibir/acceso su información médica.

Apellido	Nombre de pila	Relación con el paciente
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Al firmar abajo, autorizo a PHS para usar o revelar mi información de salud de una manera consistente con la que se indica en el aviso de prácticas de privacidad que he recibido.

Nombre del tutor (Impresión)

Relación con el paciente

Firma del paciente y/o tutor

Fecha

Marque aquí si el paciente se negó a firmar.

Nuestro oficial de privacidad puede ser contactado como sigue:

Dirección de la Oficina: 300 High Street, 4th Floor
Hamilton, OH 45011
Phone: (513) 454-1111 or (937) 535-5060

PHS Staff Signature/Firma del Personal

Date/Fecha

Código de Conducta para Visitantes de Pacientes/Familiares de PHS

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido	Nombre	MI	Apodo	Seguro Social #	Fecha de Nacimiento
----------	--------	----	-------	-----------------	---------------------

PHS adopta este Código de Conducta para definir estándares aceptables de comportamiento para pacientes/familiares/visitantes/cuidadores/acompañantes y para proporcionar expectativas claramente definidas. El incumplimiento de estos estándares está sujeto a la remoción de la instalación y el alta de la práctica de acuerdo con la política de PHS, CAM 1.11 Terminación de un paciente de los servicios.

Todos los pacientes, como condición de su tratamiento continuo por parte de un proveedor de PHS, cumplirán con las reglas, regulaciones, políticas y demás normas legales de PHS.

El Paciente Acepta Los Siguientes Estándares:

1. Tratar a todos los empleados con respeto en palabras, lenguaje corporal y gestos.
2. Se abstendrá de cualquier forma de violencia (verbal, sexual, o física) hacia cualquier persona. Esto incluye amenazas realizadas a través de llamadas telefónicas, cartas, correo de voz, correo electrónico o otras formas escritas. Esto incluye acoso sexual, étnico o de otro tipo, ya sea de naturaleza verbal o física.
3. Será honesto, respetuoso y objetivo en todas las Comunicaciones con el personal de PHS.
4. Se abstendrá de poseer armas de fuego o cualquier arma dentro de los edificios de PHS.
5. Se abstendrá de dañar el equipo o la propiedad comercial.
6. Se abstendrá de poseer drogas ilícitas o alcohol en las instalaciones de PHS (incluidos los estacionamientos).
7. Utilizará recetas legales y medicamentos de venta libre en la forma prescrita en las instalaciones de PHS.
8. Se abstendrá de fumar en las instalaciones de PHS.
9. Se abstendrá de asistir a citas "bajo la influencia."
10. Se considerará que no cumple con la violación repetida y/o deliberada de las reglas o políticas de PHS.

He leído y comprendo el "Código de conducta para visitantes de pacientes/miembros de la familia de PHS" como se describe anteriormente; He recibido una copia de los Derechos del Paciente.

Nombre del Paciente/Parte Responsable (Imprenta)

Relación con el paciente

Firma del Paciente/Parte Responsable

Fecha de la firma

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - PEDS (0-18 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha Nacimiento: DD/MM/AAAA
			Fecha finalización: DD/MM/AAAA

Medicamentos actuales: (Nombre y dosis) <i>Incluye medicamentos recetados, venta libre, vitaminas y preparaciones herbales</i>	Alergias: <i>Enumere todas las alergias, incluidos el, ambiente, alimentos e insectos</i>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Hospitalizaciones, cirugías, lesiones Año: _____ Proveedor: _____ Fecha: _____	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

Compruebe las condiciones del paciente ahora o ha tenido en el pasado:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores abdominales <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral / lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad genética <input type="checkbox"/> Migrañas / dolores de cabeza crónicos | | |
| <input type="checkbox"/> Acne <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Secreción genital/Dolor <input type="checkbox"/> Escoliosis | | |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Gastroesofágico/reflujo Gástrico <input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual | | |
| <input type="checkbox"/> Alergias: _____ | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Sinusitis | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> tipo de diabetes 1 2
Última HgA1c: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Problemas de estómago | | |
| <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Mareos, aturdimiento o desmayo | <input type="checkbox"/> Tipo: A B C <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | | |
| <input type="checkbox"/> Defectos congénitos <input type="checkbox"/> Eczema / urticaria / erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones <input type="checkbox"/> problemas urinarios,Dolor | | |
| <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de plomo <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental
Describa: _____ | | | |

Historia familiar: Compruebe si algún familiar ha tenido lo siguiente y su relación con el paciente

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo/Adicción a las drogas Relación: _____ | <input type="checkbox"/> Hipertensión Relación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cancer, Type: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar Relación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión Relación: _____ | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebral Relación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma Relación: _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes Relación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (ataque al corazón) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental Relación: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Nutrición: Marque todo lo que corresponda para el paciente

- | | |
|---|---|
| ¿Dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa: _____ | ¿El paciente tiene problemas de Audición? |
| ¿Cambio de peso significativo en los últimos 6 meses? | <input type="checkbox"/> Ganancia <input type="checkbox"/> Pérdida
Libras: _____ |
| ¿Problemas para masticar o tragar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo,
describa: _____ |
| ¿Siente que el paciente come como debería? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo,
describa: _____ |

Educación:

- | | |
|---|---|
| Grado actual en la escuela: _____ | <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Guardería |
| ¿El paciente ha repetido algún grado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha tenido el paciente dificultades en la escuela o identificado para educación especial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
describa: _____ |

Varios:

- | | |
|--|---|
| ¿El paciente tiene discapacidad visual?
¿El hogar tiene problemas con alguno de los siguientes?
Necesidades y preferencias culturales / religiosas:
¿Alguien en el hogar o el paciente pasa mucho tiempo fumando? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Utilidades
<input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Ropa
_____ |
| ¿Cuándo se administraron las últimas vacunas del paciente?
¿Dónde se administraron las últimas vacunas del paciente?
¿Hubo algo significativo durante el embarazo o el parto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<input type="checkbox"/> Ohio <input type="checkbox"/> N/A
<input type="checkbox"/> Otro estado: _____
<input type="checkbox"/> Otro país: _____
<input type="checkbox"/> Sí , Describa: _____
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Oxígeno dado al nacer
Cuánto tiempo? _____ |

Primary Health Solutions - Evaluación integral de salud - PEDS (0-18 años)

PACIENTE:

Apellido:	Nombre:	Apodo:	Fecha Nacimiento:	Fecha finalización:
			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

Dental Marque todo lo que corresponda, describa		Visión Marque todo lo que corresponda	
Prótesis Valvular Cardíaca	<input type="checkbox"/> _____	Picazón	<input type="checkbox"/> Describa: _____
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> _____	Lagrimeo / ardor	<input type="checkbox"/> Describa: _____
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> _____	Visión doble	<input type="checkbox"/> Describa: _____
Marcapasos	<input type="checkbox"/> _____	Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Describa: _____
Herpes/úlcera bucales	<input type="checkbox"/> _____	Células flotantes en el vítreo	<input type="checkbox"/> Describa: _____
célula falciforme	<input type="checkbox"/> _____	Destellos	<input type="checkbox"/> Describa: _____
Llagas orales / sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> _____	Antecedentes de traumatismo ocular o cirugía ocular	<input type="checkbox"/> Describa: _____
¿Cuándo fueron las últimas radiografías dentales del paciente?	_____	Historia de cataratas	<input type="checkbox"/> Describa: _____
¿Se cepilla el paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	antecedente de glaucoma	<input type="checkbox"/> Describa: _____
Muchas veces al día	_____	Enrojecimiento de los ojos	<input type="checkbox"/> Describa: _____
¿El paciente usa hilo dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultades para leer o aprender a leer	<input type="checkbox"/> Describa: _____
¿Ha tenido el paciente una experiencia dental "mala"?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perder lugar al leer	<input type="checkbox"/> Describa: _____
¿Actualmente el paciente experimenta dolor o molestias dentales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Salud femenina:	
¿Tiene el paciente chasquidos, estallidos o molestias en la mandíbula?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	• N / A - Si el paciente es hombre O si el paciente no está menstruando	
¿Alguna vez el paciente tuvo una lesión grave en la cabeza o la boca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Control de la natalidad: <input type="checkbox"/> Ninguno	Edad primer período menstrual: _____
¿El paciente usa dentaduras postizas o parciales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pastillas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Último período menstrual: _____
		¿Está embarazada la paciente?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	# de embarazos: _____
		En caso que Sí, fecha del parto: _____	# de niños vivos: _____
			# de nacimientos vivos: _____
			# Pérdidas / abortos: _____

Hábitos sociales para mayores de 12 años: <input type="checkbox"/> N / A - Si el paciente tiene menos de 12 años			
¿Fuma el paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente usa marihuana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente consume tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente usa drogas ilegales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Vapea el paciente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente usa alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas veces usa el paciente productos que contienen cafeína?	_____	¿Ha tenido el paciente más de 2 visitas a emergencias / hospital en los últimos 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente se siente aislado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente se siente física y emocionalmente seguro donde vive?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente sexualmente activo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan o se siente cercano?	_____
¿El paciente tiene relaciones sexuales sin protección?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En el último año, ¿el paciente ha tenido miedo de su pareja o ex pareja?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El paciente está bajo el cuidado de otro proveedor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí es así, nombre del proveedor: _____	
¿El paciente está bajo el cuidado de otro dentista?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí es así, nombre del dentista: _____	

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Provider Name and Credentials: _____	Date: _____
Provider Signature: _____	
Provider Name and Credentials: _____	Date: _____
Provider Signature: _____	

**LAS SIGUIENTES
PÁGINAS SON PARA
USTED**

**PARA REVISAR
Y
MANTENGASE PARA SUS
REGISTROS**



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS

SCHOOL BASED HEALTH CENTER

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA



Bienvenido al centro de salud ubicado en la escuela de Primary Health Solutions. El Centro de Salud Escolar hace que la atención médica, dental y de la vista esté disponible para todos los estudiantes cuando sea necesario. Si su niño / adolescente se enferma en la escuela o si su niño / adolescente necesita un chequeo, deportes físicos, vacunas, cuidado dental de rutina o un examen de la vista que puede tener que hacer en el Centro de Salud Basado en la Escuela. Si su hijo / adolescente desarrolla un problema dental en la escuela, un dentista puede ver a su hijo sin tener que ausentarse del trabajo y minimizar el tiempo que su hijo está fuera del entorno de aprendizaje.

Cómo funciona el Centro de Salud Escolar (SBHC):

Debe completar el formulario de consentimiento adjunto y las otras páginas de información y devolverlas a la enfermera de la escuela o a la oficina de la escuela.

Usted o su hijo pueden programar una cita en el SBHC si su hijo está enfermo o lesionado. También puede programar una cita para los exámenes físicos, las vacunas, los deportes requeridos o los exámenes físicos para el empleo, la atención dental, los exámenes oculares y todas las preocupaciones relacionadas con la atención médica. Se proporcionarán las prescripciones necesarias.

- **Después de la visita de su hijo con el proveedor o dentista, se intentará contactarlo cuando sea necesario. .**
- **El Centro de salud basado en la escuela no reemplaza a su proveedor de atención primaria (PCP) y unirse al programa no significa que esté cambiando el PCP de su hijo.** Se lo alentará a que reciba cualquier atención de seguimiento necesaria con ese PCP y se enviará un resumen de la visita de su hijo al SBHC a esa oficina. Sin embargo, si no tiene un PCP normal, le damos la bienvenida a esa relación y puede convertirse en el PCP de su hijo. Si su hijo ya es paciente de cualquier ubicación de Primary Health Solutions, aún debe firmar este consentimiento para formar parte del Centro de salud escolar.

Derechos y responsabilidades del paciente:

- El tratamiento, la atención y el alojamiento respetuoso, la actualidad, el credo o el sexo; u orientación sexual.
- Tener una evaluación de atención médica y un plan de atención y participar en su plan de atención médica.
- Hablar con su proveedor de atención médica de manera abierta y privada.
- Es responsabilidad del paciente llevar a cabo el plan de tratamiento recomendado.
- Permita por lo menos 30 días para completar los formularios de seguro o discapacidad y la transferencia de registros de tratamiento.
- Notifique al SBHC si recibe el tratamiento en una sala de emergencias u hospital.
- Fuera del horario de atención, en caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercanas. Si tiene un problema urgente y desea hablar con el proveedor de turno, llame al **(513)454-1111 o (937) 535-5060**

Los SERVICIOS PRIMARIOS DE ATENCIÓN MÉDICA que podemos brindar incluyen:

- Visitas deficientes (por ejemplo, dolor de garganta, sarpullido, ataque de asma) y seguimiento de problemas médicos, que incluyen exámenes físicos, exámenes y tratamientos / medicamentos según sea necesario.
- Evaluación de lesiones menores, incluidos primeros auxilios.
- Examen físico de rutina (incluidos exámenes físicos para deportes y trabajo) con inmunizaciones, exámenes de rutina y tratamientos según sea necesario.
- Manejo de condiciones crónicas como hipertensión, diabetes y colesterol alto.
- Educación de salud y promoción de bienestar.
- Referencia a agencias externas para recibir atención adicional que no se puede brindar en el Centro de salud escolar.

Los SERVICIOS DE CUIDADO DE LA SALUD DENTAL que podemos proporcionar incluyen:

- Exámenes y evaluaciones dentales de rutina, incluida la educación de salud dental y los servicios preventivos, como la limpieza y los selladores dentales para ayudar a detener la caries dental.
- Visitas problemáticas (por ejemplo, por dolor, infección o lesión) o visitas para atención urgente o de emergencia, que incluyen exámenes, radiografías, empastes, extracciones (extracción de dientes sueltos o infectados), tratamiento necesario (incluso medicamentos) para infección oral u otros problemas, y / u otros procedimientos (incluidos los conductos radiculares en los dientes frontales).

En cuanto a PAGO POR SERVICIOS:

- Si no tiene seguro de salud para su hijo, será responsable de la factura en el momento apropiado. tarifa de descuento. Sin embargo, a ningún niño se le negará la atención debido a la imposibilidad de pagar por los servicios.
- Si no tiene seguro médico para su hijo, se le solicitará información sobre los ingresos de su hogar para garantizar el cumplimiento de los requisitos federales y para determinar si califica para tarifas reducidas o exentas basadas en la escala de tarifas móviles de Primary Health Solutions. Esta información se mantendrá estrictamente confidencial.



PRIMARY HEALTH SOLUTIONS

SCHOOL BASED HEALTH CENTER

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA



Si tiene un seguro privado, debe comunicarse con su departamento de servicio al cliente para asegurarse de que su seguro pague los servicios en Primary Health Solutions. Si su seguro no cubre Primary Health Solutions, usted será responsable de la factura con la tarifa de descuento correspondiente basada en los ingresos de su hogar.

- A ningún niño se le negará la atención debido a la imposibilidad de pagar por los servicios.
- Podemos ayudarlo si necesita asistencia para solicitar Medicaid. Puede pasar por nuestro centro o llamar al **(513) 454-1111 o (937) 535-5060**.
- También puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado de Butler al (513) 887-5600.

En cuanto a COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD:

- El Centro de Salud Escolar puede solicitar registros / información médica de cualquier proveedor de atención médica o instalación donde se haya visto a su hijo.
- El Centro de Salud Escolar enviará los resultados de la visita al PCP de su hijo.
- Primary Health Solutions, el centro de salud escolar y / o las enfermeras escolares compartirán información médica, incluidos los registros de vacunación, entre ellos según sea necesario.
- La información médica y cualquier otra información del niño solo se usará en el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica del Centro de salud escolar. Toda la información de su hijo se mantendrá estrictamente confidencial de acuerdo con todas las leyes estatales y federales.
- La escuela tiene otros recursos de la comunidad disponibles, incluida la salud mental. Si se necesitan servicios de salud mental, el proveedor del centro de salud puede iniciar una derivación al proveedor de salud mental en la escuela de su hijo o en un sitio de la comunidad. El proveedor de salud mental se pondrá en contacto con usted para obtener su consentimiento. El proveedor del centro de salud y el proveedor de salud mental coordinarán la atención de su hijo según sea necesario. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

Consentimiento del paciente para uso y divulgación de información médica protegida:

- Con mi consentimiento, School-Based Health Center o Primary Health Solutions pueden usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de Primary Health Solutions para obtener una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones.
- Tengo el derecho de revisar el Aviso de Práctica de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Primary Health Solutions se reserva el derecho de revisar su 'Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso revisado de prácticas de privacidad mediante el envío de una solicitud por escrito a Primary Health Solutions en 300 High Street, 4th Floor, Hamilton, OH, 45011.
- Con mi consentimiento, el Centro de Salud Escolar puede llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros.
- Con mi consentimiento, School-Based Health Center o Primary Health Solutions pueden enviar a mi casa u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude a la práctica en la realización de TPO, como tarjetas de recordatorio de citas y declaraciones del paciente, siempre que estén marcadas como Personal y Confidencial.
- Tengo derecho a solicitar que el Centro de Salud Escolar o Primary Health Solutions restrinjan la forma en que utiliza o divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.
- Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi salud protegida.
- Información para llevar a cabo el tratamiento, pago y operación.
- Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones confiando en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, el Centro de salud escolar puede negarse a brindarme tratamiento.

* Tenga en cuenta que el centro de salud escolar es **completamente opcional**. Los servicios de enfermería y emergencia de la escuela se seguirán brindando como siempre, ya sea que usted dé su consentimiento para el Centro de salud basado en la escuela o no. **Este consentimiento permanecerá vigente hasta que su hijo ya no esté inscrito en uno de los distritos escolares participantes.**

Puede revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento solicitando al Centro de Salud Escolar, por escrito, que retiren a su hijo del Centro de Salud Escolar. Por favor, notifíquenos al siguiente número y por escrito para cualquier cambio en la tutela.

Por favor, mantenga esta Descripción del programa para sus registros.

El Centro de Salud Escolar es una excelente manera de mantener a su hijo saludable y en la escuela. Por favor, háganos saber si hay algo que le impida inscribir a su hijo. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la solicitud, llame a Primary Health Solutions al **(513) 454-1111 o (937) 535-5060** o comuníquese con la enfermera de su escuela.