



RHS SCHOOL-BASED HEALTH SERVICES

FORMULARIO DE REGISTRO DE NIÑOS

¿Preguntas? 803-219-1926



Rural Health Services, Inc. (RHS) se ha asociado con la escuela de su hijo para brindar atención médica y servicios dentales durante el horario escolar a través de nuestro equipo de salud escolar. Los servicios se brindan a todos los estudiantes independientemente de su capacidad de pago o si están asegurados. Los padres nunca recibirán una factura, pero se facturará al seguro privado o a Medicaid. **La información debe ser completada con lapicero por un padre o tutor legal. Si su hijo ya tiene un dentista o médico, debe seguir yendo a ese dentista o médico.**

SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA INCLUYEN:

Examen físico de niños, detección médica (sangre), revisiones y exámenes de pies a cabeza, tratamiento y asesoramiento nutricional.

SERVICIOS DENTALES INCLUYEN:

Exámenes, Rayos X, limpiezas, selladores, y fluoruro. El consentimiento adicional de los padres es necesario para el trabajo operativo (Rellenos).

LOS SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO INCLUYEN:

Detección para identificar comportamientos que dificultan el éxito en la escuela, hogar o comunidad. Consejería y/o intervención como necesarios se proporcionarán con el consentimiento de los padres.

QUIERO QUE MI HIJO SEA VISTO POR (ELIJA LOS SERVICIOS QUE APLICAN):

Solo Servicios Médico Solo Servicios Dentales Servicios Médicos y Dentales Salud del comportamiento (Ridge Spring Elem & CIL only)

INFORMACIÓN DEL HIJO/A

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro(a): _____
Primer nombre: _____ Apellido: _____ Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: [M][M] / [D][D] / [Y][Y] Edad: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto de emergencia: _____ Celular: _____ - _____ - _____ Relación: _____
Nombre del doctor/médico principal de su niño/niña: _____ Dentista: _____

AYÚDANOS A CONOCER MEJOR A TU HIJO

Sexo: M F Identificación de género: _____
Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino
Raza (marque todo lo que corresponda): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Nativo de Hawái Blanco/Caucásico
 De Otras Islas del Pacífico No declarado/Negar a reportar Razas Múltiples _____
Idioma preferido: Inglés Español Otro _____ ¿Se necesita traducción? Sí No
Vivienda: Vivienda Unifamiliar (Una familia) Sin hogar Refugio Multi Familiar (Más de una familia) Residencia de transición Otro/Declinar a Reportar

INFORMACIÓN DEL SEGURO: (REQUERIDO)

Como la **Persona Responsable**, entiendo que mi compañía de seguro dental y médico o el pagador de mis beneficios serán facturados por los servicios prestados. Medicaid o un seguro privado es aceptado como pago completo por servicio(s). Si el seguro de su hijo cambia durante el año, asegúrese que obtengamos una copia actualizada de su tarjeta de seguro y/o información actualizada sobre el seguro

NIÑO/A TIENE MEDICAID:
Proveedor de Medicaid: _____ Numero de Medicaid: _____

NIÑO/A TIENE SEGURO PRIVADO:
Nombre de compañía de seguros: _____ Teléfono de la Compañía: _____ - _____ - _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Empleador: _____
Número de Identificación del titular de la póliza o # de seguro social: _____ Número del Grupo: _____
Fecha de Nacimiento: [M][M] / [D][D] / [Y][Y] Teléfono del asegurado: _____ - _____ - _____

NIÑO/A TIENE SEGURO DENTAL SEPARADO:
Nombre de compañía de seguros: _____ Teléfono de la Compañía: _____ - _____ - _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Empleador: _____
Número de Identificación del titular de la póliza o # de seguro social: _____ Número del Grupo: _____
Fecha de Nacimiento: [M][M] / [D][D] / [Y][Y] Teléfono del asegurado: _____ - _____ - _____

EL NIÑO/A NO ESTÁ ASEGURADO (SIN SEGURO):
Llame al 803-679-4243 para hablar con nuestro navegador de mercado estatal o asesores certificados de solicitud de seguros.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Padre/Tutor:

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: - - Teléfono de Día: - - Correo electrónico:

Elección de Farmacia: Nivel de ingresos anual para la familia: \$

Dirección / teléfono de la Farmacia: - -

¿Cuándo fue la última vez que su hijo fue atendido por un dentista y un médico?

Fecha de dentista: / / / /

Fecha de doctor: / / /

¿Desea que cualquier otro adulto pueda dar permiso para tratar a su hijo? Esto también permitiría al personal dental y médico hablar con este adulto sobre la salud, el tratamiento y las recomendaciones para su hijo. Si usted está de acuerdo con eso, por favor provee la información:

Nombre y Apellido: Número de teléfono: - - Relación con su hijo/a:

HISTORIAL MÉDICO: **Escriba Sí (S) o No (N) en la línea Proveído al lado de la Pregunta.**

- ¿El estudiante ha tenido alguna cirugía en el pasado? Si esto aplique a su niño, EXPLIQUE por qué: _____
- ¿Hay algún diente que le cause dolor al niño? _____
- ¿El estudiante fuma, usa tabaco y/o drogas recreativas? _____
- ¿El estudiante está embarazada, o hay posibilidad de que este embarazada? _____
- ¿Ha habido algún cambio en la salud del estudiante en el último año? EXPLIQUE: _____
- ¿El Estudiante ha sido hospitalizado alguna vez durante la noche? Si es el caso, apunte las fechas, ¿y la razón? _____
- ¿El estudiante ha tenido alguna herida seria o relacionada con un deporte? _____
- ¿El estudiante tiene alguna alergia (alimentos, medicamentos, anestésicos, látex, etc.)? Si esto aplica, indícalos aquí: _____
- ¿Su hijo ha estado en contacto con el virus del SIDA o ha resultado ser positivo para el VIH? _____
- ¿Su hijo toma medicamentos diarios, incluyendo medicamentos no prescritos o inhaladores? Si esto aplica, aplique aquí _____

Marque todo lo que corresponda para su hijo(a):

- Presión alta o baja
- Úlcera o Reflujo Ácido
- Trasplante de corazón
- Marcapasos
- Reciente Transfusión de Sangre
- Endocarditis bacteriana
- Infección de transmisión sexual (enfermedad). EXPLIQUE: _____
- ¿Asma, problemas respiratorios o trastornos pulmonares? EXPLIQUE: _____
- Problemas con los reños, EXPLIQUE: _____
- Tuberculosis, SARM, o cualquiera otra enfermedad infecciosa. EXPLIQUE: _____
- Asma: Indica las provocaciones del asma y la fecha del último ataque: _____
- Enfermedad hepática, hepatitis, ictericia, trastorno hemorrágico o antecedentes de leucemia, EXPLIQUE: _____
- ¿Su hijo tiene otros problemas médicos que no aparecen en la lista? En caso afirmativo, indique y explique: _____
- Derrame cerebral
- Enfermedad Cardíaca Congénita
- Articulaciones Artificiales
- Artritis
- Epilepsia y/o Convulsión
- Cáncer/Radiación/La Quimio
- Problemas con los senos (fiebre del heno)
- Tratamiento con Esteroides Cortisona
- Condiciones del corazón incluyendo murmullo
- Trastorno Nervioso o Problemas de Conducta
- Discapacidad del Aprendizaje o Necesidades Especiales
- Anemia (incluyendo anemia de células falciformes) Tipo: _____
- Válvula del corazón artificial o protésica, stent o gráfico

AUTORIZACIÓN

- Autorizo al personal dental basado en la escuela a realizar los procedimientos diagnósticos y tratamientos que sean necesarios para el cuidado dental apropiado, incluyendo (pero no limitado a) exámenes, Rayos X, profilaxis y selladores.
- Autorizo al personal médico de la base de la escuela de RHS a realizar el examen físico de niños que incluye la evaluación médica y tratamiento también incluye exámenes de salud conductual.
- Autorizo al personal médico de la base de la escuela de RHS a administrar una vacuna contra la gripe si es necesario.
- Autorizo al personal de salud conductual de la escuela de RHS a realizar evaluaciones para identificar comportamientos que impiden el éxito en la escuela, el hogar o la comunidad (Ridge Spring Elem. y CIL solamente).
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo/a proporcionado con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios de seguro.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con la atención médica, el asesoramiento y el tratamiento de mi hijo/a proporcionado con el fin de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios de seguro.
- Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Rural Health Services, Inc.
- Atestiguo la exactitud de la información contenida en este paquete. Entiendo que es mi responsabilidad informar al personal de RHS de cualquier cambio en el seguro y estado médico de mi hijo(a) en la próxima cita antes de que se preste a cualquier tratamiento (debe ser el día de o antes de la próxima cita).
- Entiendo que los servicios pueden ser en persona o virtualmente a través de telesalud.

Acuse de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad y Autorización de Divulgación de Información de PHI
Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), usted tiene ciertos derechos con respecto al uso y divulgación de su información de salud protegida. Estos derechos se pueden encontrar en www.HHS.gov. Por devolver este formulario a la escuela de mi hijo, reconozco mi comprensión de mis derechos con respecto a HIPAA. También estoy consciente de que los planes de tratamiento que pueden contener información de salud pueden ser enviados a la casa con mi hijo para mi revisión. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por contactar a RHS con la información de contacto indicada abajo.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: / / /