



Family Health Centers

Care for your Health & Wellness

Family Health Centers - Iroquois High School

Tel: (502) 380-5201

4615 Taylor Blvd, Louisville, KY 40215

www.fhclouisville.org

Atención de alta calidad donde todos son bienvenidos

Paquete de consentimiento para la clínica escolar

En la escuela de su hijo, hay una clínica de Family Health Centers.

Ofrecemos muchos servicios integrados, como los siguientes:

Visitas por Enfermedad

Exámenes físicos

Servicios de Asesoramiento

Servicios para personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Exámenes físicos deportivos

Vacunas

Para inscribirse, siga estos pasos:

- Firme y entregue los formularios adjuntos al docente de su hijo o llévelos a la clínica.
- Rellene la sección del seguro O envíe una copia de la tarjeta del seguro de su hijo.
- Firme el *comprobante de ingresos para descuentos de tarifas variables* y entrégueselo al docente de su hijo o llévelo a la clínica.

En las clínicas escolares de Family Health Centers, se aceptan todos los tipos de seguro, incluido Medicaid.

Si usted o su hijo no tienen seguro, podemos ayudarlos. Llame hoy mismo al Departamento de Extensión e Inscripción de Family Health Centers al (502) 772-8182 para averiguar si usted o su familia califican para Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP) u otras opciones de seguro de salud asequible.

Si tiene preguntas relacionadas con el seguro o los servicios con descuento, también puede hablar con el personal de la clínica escolar.

En las clínicas escolares de Family Health Centers, se prestarán servicios sin importar su capacidad de pago. Además, si es necesario, están preparadas para ser el hogar médico de sus hijos estudiantes.



Family Health Centers

Care for your Health & Wellness

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Consentimiento para recibir tratamiento

Por medio de la presente, se otorga permiso de tratamiento a todo proveedor de atención médica empleado o subcontratado por Family Health Centers, Inc. (FHC) para brindar el tratamiento médico y quirúrgico menor que se considere necesario. En este permiso, se incluyen, entre otros, las pruebas, el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de otras infecciones de transmisión sanguínea, de enfermedades de transmisión sexual (ETS), de consumo de sustancias y de salud mental, así como el tratamiento contra estos.

La autorización para divulgar información se otorga a FHC con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Con esta autorización, FHC puede divulgar información médica protegida (Protected Health Information, PHI) en la medida necesaria para determinar el pago, incluidos los programas especiales. FHC usa esta autorización para divulgar o compartir información con fines de auditorías internas o externas, de modo que se garantice el cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales, las agencias reguladoras y los programas especiales. FHC tiene la autorización de divulgar mi información a otros proveedores de atención médica para garantizar la continuidad de mi atención.

FHC participa en un esfuerzo llamado "intercambio de información médica" (Health Information Exchanges, HIE). Gracias a los intercambios de información médica, FHC puede compartir su información médica con otros proveedores de atención médica y recuperarla. En la actualidad, FHC participa con los HIE estatales y nacionales, el Kentucky Health Information Exchange (KHIE), CommonWell y Care quality.

Asignación de beneficios: autorizo el pago de beneficios directamente a FHC por los servicios que me preste FHC. Esta autorización de pago permanece en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, independientemente de los cambios en la fuente pagadora.

Acuse de recibo: reconozco que se me proporcionó el Manual para el paciente de FHC, que incluye la Política financiera de FHC y una descripción detallada de los usos y las divulgaciones que se permiten mediante este consentimiento, así como otros derechos que tengo con respecto a mi información médica protegida.

Vencimiento: este consentimiento vence 1 año después de la fecha de la firma, a menos que usted lo revoque.

Firma del paciente, del padre, de la madre o del representante legal

Fecha:

Relación con el paciente




Family Health Centers

Care for your Health & Wellness

Comprobante de ingresos para descuentos de tarifas variables

Family Health Centers (FHC) ofrece descuentos en nuestros servicios según el tamaño de su familia y los ingresos. El **descuento de tarifa variable** puede hacer que su atención médica y sus medicamentos recetados sean más asequibles. Para obtener el descuento de tarifa variable de FHC, debe mostrar un comprobante de ingresos dentro de los **30 días** de la primera visita. Los siguientes artículos son comprobantes de ingresos que FHC pueden aceptar. Elige uno de estos artículos para llevar.

<p>Recibos de pago actuales para el mes de trabajo más reciente de todas las personas que trabajan en su hogar.</p> <p>4 recibos de pago si se pagan semanalmente, o 2 recibos de pago si se pagan cada dos semanas.</p> <p>Esto puede incluir recibos de pago por desempleo.</p>	<p>Carta de una organización que lo ayuda, como una Iglesia, en la que se indica su situación en relación con sus ingresos.</p> <p>Las cartas deben ir en papel con membrete, firmadas, con el nombre y el número de teléfono de la persona que escribe la carta.</p>	<p>Carta de su empleador en la que se indica el monto de sus ingresos.</p> <p>Las cartas pueden estar escritas a mano o con membrete, deben estar firmadas, con el nombre y el número de teléfono de la persona que escribe la carta. La carta debe incluir su tasa de pago y la cantidad de horas trabajadas cada semana.</p>
<p>Carta para el Seguro Social, SSI, discapacidad, desempleo, cupones de alimentos u otra asistencia pública que demuestre sus ingresos.</p> <p>Solo se necesita 1 carta.</p>	<p>La declaración de impuestos o W2 más reciente de su empleador.</p>	 <p>Solo se necesita un documento de prueba de ingresos.</p>

El comprobante de ingresos se puede llevar a cualquier ubicación de FHC que sea conveniente para usted. Si tiene dependientes que también usarán los servicios de FHC, comuníquese a la recepcionista para que su descuento variable también se pueda establecer al mismo tiempo.

Sus descuentos se basan en los límites federales de pobreza (Federal Poverty Limits, FPL). Puede esperar el siguiente descuento una vez que se determine su descuento móvil:

VARIABLE A	B	C	D	E	F
100% FPL	101 % - 125 % FPL	126 % - 150 % FPL	151 - 175 %	176 - 200 %	Más del 200 % FPL
20 dólares/visita médica 30 dólares/visita al dentista	Pague el 20 % de la factura total.	Pague el 40 % de la factura total.	Pague el 60 % de la factura total.	Pague el 80 % de la factura total.	Sin descuento.

Si FHC no recibe su comprobante de ingresos, se le asignará una VARIABLE F.



Formulario de inscripción en la clínica escolar

Escuela/docente: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)							
Apellido:		Nombre:		Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Número de teléfono particular:	Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:	
PADRE, MADRE O TUTOR							
Apellido del tutor n.º 1: me: La		Nombre del tutor n.º 1:		Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre o madre de acogida	¿El tutor vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Teléfono celular:		Teléfono laboral:		Correo electrónico:		Fecha de nacimiento:	
Apellido del tutor n.º 2: me: La		Nombre del tutor n.º 2:		Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre o madre de acogida	¿El tutor vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Teléfono celular:		Teléfono laboral:		Correo electrónico:		Fecha de nacimiento:	
Contacto de emergencia que no sea el padre ni la madre:		Número de teléfono de contacto en caso de emergencia:		Relación con el niño:		Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa americana o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico	
¿Cuántas personas viven en su hogar?		Ingresos anuales totales (información obligatoria):		Idioma:		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino	
¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda? <input type="checkbox"/> Tengo vivienda <input type="checkbox"/> Opto por no responder esta pregunta				<input type="checkbox"/> No tengo vivienda (vivo en el hogar de otras personas, en un hotel, en un albergue, a la intemperie en la calle, en un vehículo o en un parque)			
¿Le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opto por no responder esta pregunta							
¿Asiste su hijo a la escuela pública del condado de Jefferson? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿A qué farmacia acude? _____				Calle: _____			
¿Prefiere usar la farmacia de FHC situada en 4112 Taylor Blvd, Louisville KY 40215? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO:							
Si tiene una tarjeta médica, una tarjeta de KCHIP o un seguro privado, rellene la siguiente información. La información del seguro figura en el anverso y reverso de la tarjeta del seguro.							
Nombre de la compañía de seguros o de la organización de atención administrada:		Número de la tarjeta médica/ID/número de póliza:			Número de grupo:		
Nombre del titular de la póliza:			Fecha de nacimiento del titular de la póliza (información obligatoria):		Relación con el paciente:		
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ODONTOLÓGICO:							
Si tiene otro seguro odontológico, rellene la siguiente información: La información del seguro figura en el anverso y reverso de la tarjeta del seguro.							
Nombre de la compañía de seguros o de la organización de atención administrada:		Número de la tarjeta médica/ID/número de póliza:			Número de grupo:		
Nombre del titular de la póliza:			Fecha de nacimiento del titular de la póliza (información obligatoria):		Relación con el paciente:		
Declaro que, a mi leal saber y entender, la información facilitada es verídica. También entiendo que, al firmar este formulario, reconozco que tengo acceso a una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente y del Aviso de privacidad de Family Health Centers que se proporciona en la clínica o que puedo encontrar en https://www.fhclouisville.org/get-health-care/for-patients/patients-rights/							
Firma del padre, de la madre o del tutor QUE TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL MENOR:				Fecha:			
X				X			
Nombre en letra de imprenta:							

Etiqueta
Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ Número de historia _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO/POR REPRESENTACIÓN

Por la presente, se autoriza al personal de Family Health Centers (FHC) a proporcionar tratamiento al paciente mencionado anteriormente, cuya relación conmigo es: Soy el paciente _____ Es mi hijo _____ Es mi cónyuge _____
Es otra persona (especifique) _____

Firma

Relación

IMPORTANTE: Si la persona que firma no es el paciente, necesitamos una prueba escrita de su autoridad para actuar en nombre del paciente.

Nombre:	Teléfono:	Teléfono:	Relación

Autorización: con esta autorización, Family Health Centers (FHC) puede compartir los resultados de las pruebas y la información relacionada con su afección o tratamiento, incluidos (coloque sus iniciales en la línea correspondiente): _____ VIH (virus del sida); enfermedades de transmisión sexual; _____ salud conductual; o _____ consumo de drogas o alcohol, con las personas mencionadas anteriormente. Esta autorización **NO** es suficiente para divulgar copias de la historia clínica real.

*****IMPORTANTE***:** Mediante esta autorización, las personas mencionadas anteriormente **NO** pueden actualizar la información en su cuenta de paciente, incluidas la actualización del consentimiento para recibir tratamiento o autorizaciones.

Condiciones: reconozco que los FHC no me exigen que firme esta autorización para recibir tratamiento o servicios.

Revocación: tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento de acuerdo con nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Debe presentar la solicitud de revocación por escrito al Funcionario de privacidad de los FHC. Cuando recibamos su revocación, inmediatamente dejaremos de utilizar o divulgar la información de salud en este formulario de autorización. Su revocación no se aplicará a los usos ni a las divulgaciones que hicimos en su nombre de acuerdo con esta autorización antes de recibir su revocación por escrito.

Vencimiento: esta autorización vencerá un (1) año después de la fecha de esta autorización. Después de la fecha de vencimiento, necesitaremos obtener una nueva autorización de su parte.

Al firmar a continuación, usted acusa recibo de una copia firmada de esta autorización.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma

Relación

Firma del testigo

IMPORTANTE: Si la persona que firma no es el paciente, necesitamos una prueba escrita de su autoridad para actuar en nombre del paciente.

Etiqueta
Nombre del paciente: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
Número de historia _____

PERMISO PARA AUTORIZAR EL ACCESO VERBAL A MI INFORMACIÓN MÉDICA

Permito que Family Health Centers hable sobre mi información médica protegida con las siguientes personas:

Nombre:	Teléfono:	Teléfono:	Relación:

Autorización: con este formulario firmado, Family Health Centers (FHC) puede informar a las personas mencionadas anteriormente sobre mis citas, mi estado de salud, mi tratamiento y los resultados de mis pruebas. Esto incluye información sobre lo siguiente (coloque sus iniciales):

- _____ VIH/sida
- _____ Enfermedades de transmisión sexual
- _____ Salud conductual
- _____ Consumo de alcohol o drogas

** Esto NO significa que se puedan compartir copias de mi historia clínica con las personas mencionadas anteriormente.

** Esto NO permite a las personas mencionadas anteriormente actualizar mi cuenta, actualizar el consentimiento para recibir tratamiento ni cambiar ninguna autorización.

Condiciones: entiendo que FHC NO me exige firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios.

Revocación: tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento de acuerdo con el Aviso de prácticas de privacidad de FHC. Para ello, debo presentar una solicitud por escrito al responsable de privacidad de FHC. FHC dejará de compartir mi información médica con las personas mencionadas anteriormente tan pronto como reciban mi solicitud. Mi cancelación no puede cubrir la información médica que FHC compartió antes de que yo hiciera mi solicitud.

Vencimiento: esta autorización finalizará un (1) año después de la fecha en que la firme. Cada año, firmaré un nuevo formulario para que el personal de FHC pueda seguir discutiendo mi información médica protegida con otras personas.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia firmada de esta autorización.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma

Relación

Firma del testigo

IMPORTANTE: Si la persona que firma no es el paciente, necesitamos una prueba escrita de su autoridad para actuar en nombre del paciente.



Nombre _____ Fecha nacimiento _____ Fecha _____

Historial anual pediátrico

Antecedente médico Sin problemas médicos actuales
 ¿Su hijo tiene o alguna vez tuvo...?

OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA

1. Dolores frecuentes de garganta
2. Dolores frecuentes de garganta
3. Sangrado de nariz
4. Infecciones de oídos frecuentes
5. Problemas auditivos
6. Problemas de visión
7. Problemas del habla
8. Ronquido

CORAZÓN, PULMONES

9. Murmullo cardíaco
10. Defecto cardíaco
11. Dificultad para respirar (Dispnea)
12. Falta de aire durante ejercicio
13. Tos
14. Sibilancia
15. Asma
16. Prueba cutánea de tuberculosis (TB) positiva
17. Apnea del sueño

ESTÓMAGO

18. Vómito o reflujo
19. Estreñimiento
20. Suciedad de heces en ropa interior
21. Problemas para comer o de digestión
22. Dolor abdominal
23. Obesidad
24. Sobrepeso
25. Bajo peso
26. Pérdida de peso reciente _____ lbs.

URINARIO

27. Dolor al orinar
28. Frecuencia urinaria
29. Orina la ropa interior
30. Incontinencia nocturna

GENITAL, FEMENINO

31. Secreción vaginal
32. Llagas genitales (Lesión)
33. Verrugas genitales
34. Edad del primer período menstrual ____ años de edad (Menarca)
35. Períodos anormales (Menstruaciones anormales)
36. Sangrado abundante durante el período

GENITAL, MASCULINO

37. Dolor testicular
 38. Inflamación testicular
 39. Llagas genitales (Lesión)
 40. Verrugas genitales
 41. Secreción peneana
- CABEZA**
42. Dolor de cabeza
 43. Desvanecimiento o desmayos
 44. Convulsiones
 45. Lesión en la cabeza (traumatismo en la cabeza)

MÚSCULOS Y HUESOS

46. Inflamación articular, localizada
47. Dolor articular, localizado
48. Fracturas
49. Lesión muscular u ósea

SANGRE

50. Anemia
51. Anemia, toma hierro
52. Sangrado fácil
53. Tendencia de fácil formación de hematomas
54. Transfusiones de sangre
55. Enfermedad de células falciformes
56. Rasgo de células falciformes

ALERGIA

57. Alergias estacionales
 58. Pruebas o vacunas contra alergias previas
 59. Inyecciones para la alergia
 60. Ronchas (Urticaria)
- REACCIONES ALÉRGICAS A:**
61. Mordeduras/Picadura de insectos
 62. Alimentos
 63. Prueba gratuita de alergia
- PSIQUIÁTRICO:**
64. Trast. déf. de atenc. e hiperactividad (TDAH)
 65. Depresión
 66. Ansiedad
 67. Trastorno bipolar
 68. Tratamiento psiquiátrico previo

INTERNACIÓN PREVIA

69. Visita a sala de emergencia (ER)
70. Internaciones
71. Tratamiento psiquiátrico

CIRUGÍAS: Sin historial quirúrgico

72. Cirugía ocular
73. Tubos en oídos
74. Amígdalas y adenoides
75. Defecto cardíaco
76. Traumatismo
77. Hernia
78. Vesícula biliar
79. Obstrucción - Intestino
80. Riñón
81. Otra cirugía

OTRO PROBLEMA MÉDICO

82. _____
- _____

Historial familiar

Sin problemas médicos familiares
 ¿Su hijo tiene uno de los padres, un hermano, una hermana o un(a) hijo(a) que alguna vez haya tenido...?

1. Problemas de visión
2. Problemas auditivos (sordera)
3. Defectos de nacimiento (corazón, columna)
4. Enfermedad cardíaca
5. Colesterol alto
6. Problemas sanguíneos
7. Problemas psiquiátricos
8. Presión arterial alta
9. Síndrome de muerte infantil súbita
10. Asma/EPOC/Enfisema
11. Diabetes
12. Problemas de tiroides
13. Alergias
14. Problemas del sistema inmune
15. Convulsiones
16. Problemas renales
17. Problemas ortopédicos (óseos)
18. Trast. déf. de atenc. e hiperactividad (TDAH)
19. Cáncer
20. Abuso de alcohol
21. Consumo de drogas

Salud y seguridad

- ¿Tiene algo de lo siguiente?
1. Humo de segunda mano de tabaco en el hogar
 2. Uso de alcohol por parte de familiar
 3. Consumo de droga por parte de familiar
 4. Violencia doméstica
 5. Armas en el hogar
 6. Usó asiento para vehículo
 7. Usó cinturón de seguridad
 8. Vivienda con detectores de humo
 9. Número telefónico de control de intoxicaciones