



Family Health Centers

Care for your Health & Wellness

Fax: 1 (833) 468-4883

www.fhclouisville.org/schools

Clínica de la Escuela Secundaria Iroquois: 502-380-5201

Olmsted South (Servicios de telesalud): 502-231-8992

Clínica de la Escuela Secundaria Pleasure Ridge Park:

502-742-1253

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 TDAH

Exámenes físicos deportivos

Vacunas

Servicios de Asesoramiento

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.**



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? <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.flclouisville.org/get-health-care/for-patients/patients-rights/							
Firma del padre, de la madre o del tutor QUE TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL MENOR: X				Fecha:			
Nombre en letra de imprenta:							

Consentimiento informado de telesalud

Información del paciente	
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Centro donde se atiende al paciente a través de telesalud:	
Nombre del proveedor consultor: J	Ubicación del proveedor:
Introducción	
<p>Su hijo tendrá una consulta clínica mediante tecnología de videoconferencia. Su hijo podrá ver y escuchar al proveedor, y el proveedor podrá ver y escuchar al niño, como si estuvieran en la misma habitación. Desde 1994, esta tecnología ha conectado a decenas de miles de pacientes y proveedores en Kentucky. La información podrá utilizarse para diagnóstico, terapia y seguimiento.</p>	
<p>Beneficios esperados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acceso mejorado a la atención, lo que permite que el paciente permanezca en la escuela y reciba atención de proveedores en un sitio remoto. El paciente permanece cerca de casa, lo que facilita la continuidad de la atención por parte de los proveedores locales. Menor necesidad de viajar para el paciente, los padres y el proveedor. 	
<p>El proceso:</p> <p>Presentaremos a su hijo ante el proveedor y cualquier otro profesional presente en la sala junto al proveedor. Su hijo tendrá la oportunidad de formular preguntas tanto al proveedor como al personal de telesalud presente en la sala, en caso de tener dudas sobre lo que está sucediendo. Si su hijo no se siente cómodo utilizando tecnología de videoconferencia para la consulta, usted podría rechazar este método y solicitar una consulta presencial tradicional en cualquier momento. Se han implementado medidas de seguridad para garantizar la confidencialidad y protección de la información durante esta videoconferencia, y no se grabará ninguna parte de la consulta sin su autorización por escrito.</p>	
<p>Posibles riesgos:</p> <p>Existen posibles riesgos vinculados al uso de telesalud, que incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> El proveedor podría determinar que la consulta realizada a través de telesalud no ofrece información suficiente para tomar una decisión clínica adecuada. Fallas tecnológicas podrían retrasar la evaluación médica y el tratamiento durante la consulta. En situaciones excepcionales, los protocolos de seguridad podrían fallar, lo que resultaría en una violación de la privacidad de la información médica personal. 	
Consentimiento Informado	
<p>Al firmar este formulario, declaro que comprendo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconozco mi derecho a retirar el consentimiento para el uso de telesalud en cualquier momento durante el proceso de atención, sin que ello afecte mi derecho a recibir futuros servicios médicos o tratamientos. 2. Reconozco que, si el proveedor considera que una consulta presencial sería más adecuada, podrá interrumpir la consulta a través de telesalud y programar una consulta presencial. 3. Reconozco que, aunque podría esperar beneficios del uso de telesalud en cuanto a la atención de mi hijo, no se garantizan ni aseguran resultados específicos. 4. Acepto ser responsable ante Family Health Centers, Inc. por los costos derivados de los servicios prestados mediante tecnología de videoconferencia, según las tarifas vigentes. 	



Consentimiento para el uso de telesalud:

Otorgo mi consentimiento de manera voluntaria para que mi hijo, antes identificado, reciba servicios de telesalud proporcionados por Family Health Centers, Inc. He leído y comprendido toda la información que contiene este documento sobre los servicios de telesalud, y se han respondido mis preguntas de manera clara y satisfactoria.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante el ciclo escolar actual, salvo que yo lo revoque. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una solicitud escrita dirigida a Family Health Centers, solicitando la exclusión de mi hijo de dichos servicios.

Asimismo, me comprometo a informar al personal de enfermería escolar sobre cualquier cambio o actualización en las afecciones o la cobertura del seguro médico de mi hijo.

Firma del paciente (o persona autorizada): _____ Fecha/Hora: _____

Si el firmante es una persona autorizada, indique su relación con el paciente: _____

Consentimiento Verbal:

El personal de los Servicios Basados en la Escuela contactó al padre por teléfono. Este Consentimiento Informado para Telemedicina fue revisado con el padre, quien otorgó su consentimiento verbal para las visitas de telemedicina.

Personal de los Servicios Basados en la Escuela

Fecha

Personal de los Servicios Basados en la Escuela

Fecha



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>1 Recibos de pago actuales para el mes de trabajo más reciente de todas las personas que trabajan en su hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 recibos de pago si se pagan semanalmente, o 2 recibos de pago si se pagan cada dos semanas. • Esto puede incluir recibos de pago por desempleo. 	<p>2 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>3 Formulario de Ingreso Especial completado por su empleador, o una organización o individuo que conozca sus ingresos o situación, como una iglesia.</p> <hr/> <p>4 La declaración de impuestos o W2 más reciente de su empleador.</p>
--	---	---

Solo se necesita un documento de prueba de ingresos.

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%	126-150%	151-175%	176-200%	Más del 200% FPL
25 dólares/ visita médica o de salud mental 40 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.

Entiendo que si FHC no recibe mi comprobante de ingresos dentro de los 30 días, se me asignará una VARIABLE F y NO recibiré descuentos en los servicios.

Firma del Paciente

Fecha