

Healthy Kids Clinic Consent Packet

*Managed by HealthFirst Bluegrass, Inc.

*Funded in part by the Health Resources and Services Administration

There is a *HealthFirst Bluegrass* Pediatric Clinic located in your child's school!
We offer many services for your child, including:

Sick Visits	Physical Exams
Sports Physicals	Immunizations
ADHD Services	Dental Services
Behavioral Health Services	

To Sign Up:

- **Sign and Return to your child's teacher or the clinic**
- Fill out the insurance section OR send a copy of child's insurance card
- Complete discount application

HealthFirst Bluegrass Healthy Kids Clinics accept all types of insurance including Medicaid.

If you or your child does not have insurance, we can help. Call HealthFirst Patient Services today at 859-288-2425 to find out if you or your family qualifies for Medicaid, KCHIP, or discounts.

You can also talk to your school clinic staff about insurance questions or discounted services.

HealthFirst Bluegrass Healthy Kids Clinics will provide services for your child regardless of your ability to pay.



We look forward to providing healthcare for you and your family this year!

Please call your school's *Healthy Kids Clinic* with any questions or concerns.

Healthy Kids Clinics

Arlington Elementary 122 Arceme Avenue 859-381-3750	Booker T. Washington 707 Howard Street 859-381-4993	Breckinridge Elementary 2101 St. Mathilda Dr. 859-381-4843	Cardinal Valley Elementary 218 Mandalay Road 859-381-3346
Harrison Elementary 161 Bruce Street 859-381-4022	Mary Todd Elementary 551 Parkside Drive 859-381-3012	Tates Creek Elementary 1113 Centre Parkway 859-381-3774	William Wells Brown Elementary 555 East Fifth Street 859-381-3172
Lexington Traditional School Clinic 350 N Limestone. 859-381-3203		Tates Creek High School Clinic 1111 Centre Parkway 859-721-3000	

496 Southland Drive, Lexington, Kentucky 40503

Phone: (859) 288-2425 Medical Fax: (859) 288-7510 Admin Fax: (859) 721-3918

www.healthfirstlex.com

Formulario de Consentimiento de la Clínica Healthy Kids

*Administrado por HealthFirst Bluegrass, Inc.

*Parte de los fondos son de la Administración de Recursos y Servicios de Salud

En la escuela de su hijo (a) se encuentra una Clínica Pediátrica de HealthFirst Bluegrass, donde ofrecemos una variedad de Servicios para sus hijos los cuales son:

Visitas Por Enfermedad	Exámenes Físicos Para Deportes
Exámenes Físicos	Vacunas
Servicios Dentales	Salud Mental y Consejería
ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)	

PARA PARTICIPAR:

- **Firme y regrese con el maestro de su hijo o la clínica.**
- Envíe copia de la Tarjeta de Seguro Médico y proporcione información de la misma.
- Complete la forma de descuento (No requerida, altamente recomendada)

Las clínicas Healthy Kids de HealthFirst Bluegrass aceptan todo tipo de seguro, incluido Medicaid.

Si usted o su hijo no tienen seguro, podemos ayudarlo. Llame a servicios al paciente de HealthFirst hoy al 859-288-2425 para averiguar si usted o su familia califican para Medicaid, KCHIP o descuentos.

También puede hablar con el personal de la clínica de su escuela sobre preguntas sobre seguros o servicios con descuento.

HealthFirst Bluegrass Healthy Kids Clinics brindará servicios a su hijo independientemente de su capacidad de pago.

¡Esperamos poder atender a sus hijos y a ustedes durante este ciclo escolar!
Por favor llame a nuestra clínica para cualquier información.

Healthy Kids Clinics

Arlington Elementary 122 Arceme Avenue 859-381-3750	Booker T. Washington 707 Howard Street 859-381-4993	Breckinridge Elementary 2101 St. Mathilda Dr. 859-381-4843	Cardinal Valley Elementary 218 Mandalay Road 859-381-3346
Harrison Elementary 161 Bruce Street 859-381-4022	Mary Todd Elementary 551 Parkside Drive 859-381-3012	Tates Creek Elementary 1113 Centre Parkway 859-381-3774	William Wells Brown Elementary 555 East Fifth Street 859-381-3172
Lexington Traditional School Clinic 350 N Limestone. 859-381-3203		Tates Creek High School Clinic 1111 Centre Parkway 859-721-3000	

496 Southland Drive, Lexington, Kentucky 40503

Phone: (859) 288-2425 Medical Fax: (859) 288-7510 Admin Fax: (859) 721-3918

www.healthfirstlex.com

2022-2023 Consent Form

Place Label Here

Consent will not expire until the Clinic is notified in writing that you wish to revoke.

At HealthFirst Bluegrass it is our goal to assist patients in finding their greatest level of wellness. To do so, our provider teams consist of a variety of professionals who work together to improve both physical and emotional health. Regardless of specialty (medical, dental, and behavioral), HealthFirst Bluegrass provider teams will communicate patient information when clinically necessary. Likewise, the goal of the Healthy Kids Clinics is to assist in your child's overall well-being. Partnered with FCPS, information sharing of pertinent medical, behavioral, dental and school health will occur between appropriate FCPS staff and Healthy Kids Clinic staff.

I give my consent for

STUDENT'S FULL NAME

DATE OF BIRTH

SOCIAL SECURITY #

To receive any of the following services at HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinics:

1. Physical assessment of acute or chronic illnesses: assessment of growth and development.
2. Treatment of minor health problems as defined by protocol, including administration of over-the-counter medications such as acetaminophen, decongestants.
3. Basic laboratory test (when needed to assess problem) such as a finger stick for anemia and blood sugar, urine test for bladder or kidney infection, strep screen for sore throat.
4. Health education and promotion.
5. Dental examination, cleaning & home care instruction (x-rays available as needed).
6. Behavioral Health Counseling.
7. Referrals to outside agencies for services that may not be provided at the School-Based Health Center.
8. Physical exams with parent/guardian present.
9. Immunizations with parent/guardian present.
10. Testing for HIV infection, Hepatitis B or any other disease carried by blood or body fluids if such test is needed for diagnosis, to assist in my medical treatment or if a health care worker is exposed to my blood, body fluids or tissue.

I give consent:

1. To HealthFirst Bluegrass, Inc. staff to review my child's full school record, including attendance and other information that will assist the staff in the continuity of care and treatment of my child.
2. For HealthFirst Bluegrass staff to communicate and disclose pertinent medical, behavioral health, dental and school health information with appropriate Fayette County School Staff in regard to my child's success at school and in the school setting.
3. For the following hospitals to release to HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic the emergency room reports on my child: Baptist Health, St. Joseph, University of Kentucky, U.K. Good Samaritan and Shriners' Children's Hospital.
4. For HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic to disclose to any appropriate agencies or medical practitioner any medical and billing information that may result through my child's contact with the School-Based Health Center.
5. For the HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic staff to obtain any records or information from any agency or private professional regarding my child's care. HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic is released from all liability that may arise from the release of such information.
6. For HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic to use my child's photograph, likeness and/or voice in any way that would reasonably portray HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic. I release HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic and any of its employees or agents from any damages in using my child's photograph, likeness, and/or voice. This includes but is not limited to photographs for the child's medical record.
7. To have my child participate in on-going evaluations of the School-Based Clinic program, including questionnaires and surveys. I understand that my child will not be identified in the evaluation.
8. For HealthFirst Bluegrass, Inc. to request medication history in the last 2 years through our electronic health record system.

I understand that HealthFirst Bluegrass shall provide a copy of their Notice of Privacy Practices upon my request.

I request that payment of authorized medical insurance benefits be made to HealthFirst Bluegrass on my behalf for services received.

I authorize HealthFirst Bluegrass to release medical information about me to Medicare, KCHIP, Medicaid insurance and other third-party payers to determine payment for service.

I understand that HealthFirst Bluegrass may release patient information WITHOUT permission if: 1) Patient poses a threat to him/herself or others; 2) The patient is unable to protect him/herself from risk of harm; 3) There is evidence of child abuse, neglect, and/or exploitation; 4) There is evidence of dependent adult abuse, neglect, and/or exploitation; 5) There is evidence of domestic violence; 6) Patient information is requested under court order and/or if a patient willingly enters their treatment history into a court proceeding.

I give my consent for all services listed above. I certify that I am of full capacity to execute the above authorization and release. I agree that the completed information is true to the best of my knowledge. This consent does not expire unless revoked.

Date

Signature of Parent, Legal Agent/Guardian, Patient

Relationship to Patient

Clinic Stamp Here:

2022-2023 Consent Form

Place Label Here

El consentimiento no expirará hasta que la Clínica sea notificada por escrito que desea revocar.

En HealthFirst Bluegrass es nuestro objetivo ayudar a los pacientes a encontrar su mayor nivel de bienestar. Para ello, nuestros equipos de proveedores consisten en una variedad de profesionales que trabajan juntos para mejorar la salud física y emocional. Independientemente de la especialidad (médica, dental y de comportamiento), los equipos de proveedores de HealthFirst Bluegrass comunicarán la información del paciente cuando sea clínicamente necesario. Asimismo, la meta de las Clínicas Healthy Kids es ayudar en el bienestar general de su hijo. En asociación con FCPS, el intercambio de información sobre la salud médica, conductual, dental y escolar pertinente ocurrirá entre el personal apropiado de FCPS y el personal de Healthy Kids Clinic

Doy mi consentimiento para

Nombre completo del estudiante

Fecha de Nacimiento

Núm. Seguro Social

Para recibir cualquiera de los siguientes servicios en los Centros de Salud Escolar de HealthFirst Bluegrass, Inc.:

1. Evaluación física de enfermedades crónicas o agudas; evaluación de crecimiento y desarrollo.
2. Tratamiento de problemas menores de salud así como define el protocolo, incluyendo administración de medicamentos sin receta así como acetaminophen, descongestionantes.
3. Exámenes de laboratorios básicos (cuando sean necesarios para evaluar el problema) así como pinchar el dedo para anemia o azúcar en la sangre, análisis de orina para infección de vejiga o riñón, cultivo de estreptococos para el dolor de garganta.
4. Educación y promoción de salud.
5. Examinación dental, limpieza e instrucciones de cuidado dental (radiografías cuando sea necesario).
6. Salud Mental o consejería.
7. Referencias a otras agencias para los servicios que no son proporcionados en el Centro de Salud Escolar.
8. Examen Físico cuando el padre o tutor legal este presente.
9. Vacunas con padre o tutor legal presente.
10. Además, entiendo que puedo ser analizado para infección del VIH, Hepatitis B, o cualquier otro tipo de enfermedad llevado en la sangre, fluidos de corporales, o si algún trabajador de salud esta expuesto a mi sangre, fluidos corporales o tejido.

Doy mi consentimiento:

1. Al personal de HealthFirst Bluegrass, Inc. para revisar el registro completo de la escuela de mi hijo, incluyendo la asistencia y otra información que ayudará al personal en la continuidad del cuidado y tratamiento de mi hijo.
2. Para que el personal de HealthFirst Bluegrass comunique y revele información médica, de salud conductual, dental y de salud escolar pertinente con el personal apropiado de la Escuela del Condado de Fayette con respecto al éxito de mi hijo en la escuela y en el ambiente escolar.
3. A que los siguientes hospitales entreguen la información de los reportes de sala de emergencia de mi hijo(a) a las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc.: Baptist Health, Samaritan, St. Joseph, University of Kentucky, St. Joseph East, Shriners' Children's Hospital.
4. A que el personal de las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. Entreguen a cualquier agencia apropiada o proveedor médico, cualquier información médica o de facturación que pueda resultar a través del contacto que las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. Haya tenido con mi hijo(a).
5. A que el personal de las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. obtenga cualquier expediente o información de cualquier agencia o profesional privado referente a el cuidado de mi hijo(a). Las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. no se hace responsable de lo que pueda resultar por la entrega de dicha información.
6. A que el personal de las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. use una fotografía de mi hijo(a), parecido y/o voz en la que pueda razonablemente presentar a las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. Yo libero a las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. y cualquiera de sus empleados o agentes, de cualquier daño y/o perjuicio que pueda resultar por usar la fotografía de mi hijo(a), parecido y/o voz. Esto incluye pero no está limitado a las fotografías del expediente médico.
7. A que mi hijo(a) participe en las evaluaciones continuas del centro, incluyendo cuestionarios y encuestas. Entiendo que mi hijo(a) no será identificado en la evaluación.
8. Para que HealthFirst Bluegrass, Inc. solicite historial de medicamentos en los últimos 2 años a través de nuestro sistema de registro de salud electrónico.

Acuerdo que la información que he completado es correcta a mi mejor entender.

Entiendo que HealthFirst Bluegrass Inc. me proveerá con una copia de su Poliza de Privacidad al Paciente si la requiero.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro medico sean hechos a HealthFirst Bluegrass, Inc. de mi parte por servicios que he recibido. También autorizo a HealthFirst Bluegrass a entregar mi información médica a Medicare, KCHIP, Medicaid y pagadores a terceros que determine los pagos por servicios.

Entiendo que HealthFirst Bluegrass puede divulgar información del paciente SIN permiso si: 1) El paciente plantea una amenaza para sí mismo u otros; 2) El paciente no puede protegerse del riesgo de daño; 3) Hay evidencia de abuso, negligencia y / o explotación infantil; 4) Hay evidencia de abuso, negligencia y / o explotación de adultos dependientes; 5) Hay evidencia de violencia doméstica; 6) La información del paciente se solicita bajo orden judicial y / o si un paciente entra voluntariamente su historial de tratamiento en un procedimiento judicial.

Doy mi consentimiento para todos los servicios listados anteriormente. Certifico que estoy en plena capacidad para ejercer y liberar dicha autorización. Este consentimiento no caduca a menos que sea revocada.

Fecha

Firma del Padre, Agente Legal/Guardián, Paciente

Relación al Paciente

Clinic Stamp Here:





Place Label Here

HEALTHFIRST BLUEGRASS CONSENT FOR EVALUATION AND TREATMENT

At HealthFirst Bluegrass we believe people find their greatest level of wellness when they take care of both physical and emotional health. To help with this, our treatment teams have medical and behavioral staff who will work with you. Members of your treatment team will have access to your health record and share clinical information with one another as needed.

HealthFirst Bluegrass will use your statements, medical history, and other clinical information to evaluate your needs and recommend the best plan of care. Treatment may include screening, exams, lab tests, treatment, medicine, behavioral services, and any other studies or procedures that HealthFirst Bluegrass professional staff decide are necessary or appropriate. Health care is not an exact science and no guarantees are being made as to the outcome of any exam or treatment. Please ask your treatment team all questions about risks and benefits of recommended treatments.

Medical evaluation at HealthFirst Bluegrass may also include testing for HIV infection, Hepatitis B, or any other disease carried by blood or body fluids. These tests may be needed for diagnosis; to assist in your medical treatment, or if a health care worker is exposed to your blood, body fluids or tissue.

HealthFirst Bluegrass may be required to share your information if certain legal conditions are met. HealthFirst will only share your information when required by law and will only share the minimum amount necessary. For more information, please see the HealthFirst Notice of Privacy Practices Form. HealthFirst Bluegrass will release your records to your insurance provider for billing and case management.

Some services at HealthFirst Bluegrass may involve the use of telemedicine equipment with the service provider being located offsite. These sessions use secure, dedicated high-speed lines in accordance with applicable law, regulations, and guidelines. They are not videotaped, routed through the internet, or saved in any way. Your photo will be taken for chart identification. Photos may also be taken for clinical documentation purposes. Photos are housed within your chart.

ELECTRONIC COMMUNICATIONS: Is it okay for HealthFirst Bluegrass to use an automated telephone message to remind you of your appointment (only a time, date and location will be stated)?

Please initial Yes _____ No _____

Is it okay for HealthFirst Bluegrass to contact you with appointment reminders and general communications using text messaging and/or e-mail?

Please initial Yes _____ No _____

Phone number _____ **Email** _____

My signature below confirms my identity and shows that I am giving my consent for treatment. If signing for a minor, my signature confirms that I am the parent or legal guardian and am consenting to the minor's treatment. I understand this consent will remain in effect until revoked. To terminate this consent, I must do so in writing.

Print Patient's Name _____

Signature of Patient, Parent, Guardian or Legal Representative

_____ **Date** _____

Relationship to Patient _____



Coloque la etiqueta aquí

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE HEALTHFIRST BLUEGRASS

En HealthFirst Bluegrass, creemos que las personas alcanzan su mayor nivel de bienestar cuando cuidan tanto su salud física como la emocional. Para esto, nuestros equipos de tratamiento cuentan con personal médico y de conducta que trabajará con usted. Los miembros de su equipo de tratamiento tendrán acceso a sus registros de salud y compartirán la información clínica entre ellos según sea necesario.

HealthFirst Bluegrass utilizará sus declaraciones, antecedentes médicos y otra información clínica para evaluar sus necesidades y recomendar el mejor plan de atención. El tratamiento puede incluir evaluaciones, exámenes, exámenes de laboratorio, tratamiento, medicamentos, servicios de conducta y otros estudios o procedimientos que el personal profesional de HealthFirst Bluegrass considere necesarios o adecuados. La atención de salud no es una ciencia exacta y no se entregan garantías en cuando al resultado de los exámenes o tratamientos. Consulte con su equipo de tratamiento todas las dudas sobre riesgos y beneficios de los tratamientos recomendados.

La evaluación médica en HealthFirst Bluegrass también puede incluir examen para detectar infección por VIH, Hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por sangre o fluidos corporales. Estos exámenes pueden ser necesarios para el diagnóstico, ayudar en su tratamiento médico o si un trabajador de atención de salud está expuesto a su sangre, fluidos o tejidos corporales.

Podrían solicitar a HealthFirst Bluegrass compartir su información si se cumplen ciertas condiciones legales. HealthFirst solo compartirá su información cuando lo exija la ley y solo compartirá la cantidad mínima necesaria. Para obtener más información, consulte el Formulario de Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthFirst. HealthFirst Bluegrass divulgará sus registros a su proveedor de seguros para la facturación y administración del caso.

Algunos servicios en HealthFirst Bluegrass podrían incluir el uso de equipos de telemedicina, donde el proveedor del servicio sería externo. Estas sesiones se realizan a través de líneas seguras, exclusivas y de alta velocidad según las pautas, reglamentos y leyes vigentes. No quedan registradas en video, dirigidas por la Internet ni guardadas de ninguna forma. Se le tomará una foto para su historia clínica. También le podrían tomar una foto para fines de documentación clínica. Las fotos quedan registradas en su historia clínica.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS: ¿Está de acuerdo con que HealthFirst Bluegrass utilice un mensaje telefónico automático para recordarle su cita (solo se indicará la hora, fecha y ubicación)?

Coloque sus iniciales Sí _____ No _____

¿Está de acuerdo con que HealthFirst Bluegrass se comunique con usted con recordatorios de sus citas y comunicaciones generales a través de mensajes de texto o correos electrónicos?

Coloque sus iniciales Sí _____ No _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Mi firma a continuación confirma mi identificación e indica que doy mi consentimiento para el tratamiento. Si firmo en nombre de un menor de edad, mi firma confirma que soy el padre o tutor legal y doy mi consentimiento para el tratamiento del menor de edad. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado. Para finalizar este consentimiento, debo hacerlo por escrito.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante legal

_____ Fecha _____

Relación con el paciente _____



Place Label Here

Internal Authorization Consent to Treat/Release Information form Internal Use

This form grants a patient's parent or legal guardian the ability to authorize someone to accompany the patient to the appointment and to provide consent to treat if the parent or legal guardian is not present at the appointment, understanding that HealthFirst Bluegrass has an integrated healthcare model.

I, _____, HEREBY AUTHORIZE HEALTHFIRST BLUEGRASS TO PERMIT THE BELOW NAMED PERSON(S) TO SIGN FOR CONSENT TO TREAT AND TO RELEASE ANY/ALL MEDICAL INFORMATION THAT WOULD INCLUDE BUT IS NOT LIMITED TO: EVALUATIONS, MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, LABWORK, PRESCRIPTIONS, TESTS, ETC. FOR PATIENT LISTED BELOW.

NAME: _____ PHONE: _____ RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

NAME: _____ PHONE: _____ RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

NAME: _____ PHONE: _____ RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

STREET ADDRESS: _____

CITY, STATE, ZIP: _____

PHOTO IDENTIFICATION TO BE PRESENTED WITH EACH VISIT.

I understand that this authorization will remain in effect for 1 year; however, I may revoke /cancel this authorization at any time by coming to HealthFirst and completing a new form.

SIGNATURE OF PATIENT: _____ Date: _____

OR <if applicable>

SIGNATURE OF LEGAL GUARDIAN: _____ Date: _____

DESCRIPTION OF AUTHORITY TO ACT FOR THE PATIENT: _____

NAME OF WITNESS: _____

WITNESS SIGNATURE: _____ DATE: _____



Coloque la etiqueta aquí

Formulario de autorización interno de consentimiento
para tratamiento y divulgación de información
Uso interno

Este formulario otorga al padre o tutor legal del paciente la capacidad de autorizar a que una persona acompañe al paciente a su cita y dé su consentimiento de tratamiento si el padre o tutor legal no está presente en la cita, considerando que HealthFirst Bluegrass cuenta con un modelo de atención de salud integrado.

POR MEDIO DEL PRESENTE, YO, _____, AUTORIZO A HEALTHFIRST BLUEGRASS A PERMITIR QUE LA PERSONA MENCIONADA A CONTINUACIÓN FIRME UN CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE TODA INFORMACIÓN MÉDICA QUE INCLUYA, ENTRE OTROS, LO SIGUIENTE: EVALUACIONES, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS, ANÁLISIS DE LABORATORIO, RECETAS MÉDICAS, EXÁMENES, ETC. PARA EL PACIENTE INDICADO A CONTINUACIÓN.

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

SE DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA EN CADA VISITA.

Comprendo que la presente autorización estará vigente por 1 año; sin embargo, puedo terminar o revocar esta autorización en cualquier momento al presentarme en HealthFirst y completar un formulario nuevo.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ Fecha: _____

O <si corresponde>

FIRMA DEL TUTOR LEGAL: _____ Fecha: _____

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TESTIGO: _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____



Healthy Kids Clinic Registration Form

School/Teacher: _____

Place Label Here

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

Last Name:	First Name:	Middle:	Date of Birth:	Social Security Number:	Sex: ☐ F ☐ M
-------------------	--------------------	----------------	-----------------------	--------------------------------	---

Home Phone Number:	Address:	City:	State:	Zip Code:
--------------------	----------	-------	--------	-----------

PARENT/GUARDIAN

Guardian #1 Last Name: me: La	Guardian #1 First Name:	Relationship to Student: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Stepparent ☐ Other ☐ Foster Parent	Guardian lives with student? ☐ Yes ☐ No	Sex: ☐ F ☐ M
-------------------------------	-------------------------	---	--	--

Cell Phone:	Work Phone:	Email:	Date of Birth:
-------------	-------------	--------	----------------

Guardian#2 Last Name: me: La	Guardian #2 First Name:	Relationship to Student: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Stepparent ☐ Other ☐ Foster Parent	Guardian lives with student? ☐ Yes ☐ No	Sex: ☐ F ☐ M
------------------------------	-------------------------	---	--	--

Cell Phone:	Work Phone:	Email:	Date of Birth:
-------------	-------------	--------	----------------

Emergency Contact other than parent:	Emergency Contact Phone Number:	Relationship to Child:	Race: ☐ White ☐ African American ☐ Asian ☐ Native American or Alaska Native ☐ Native Hawaiian or Pacific Islander
---	---------------------------------	------------------------	--

How many people live in your home?	(Required) Total Yearly Income:	Language:	Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino
------------------------------------	---------------------------------	-----------	---

What is your housing situation today? ☐ I have housing ☐ I choose not to answer this question	☐ I do not have housing (staying with others, in a hotel, shelter, living outside on the street, in a car, or in a park)
--	---

Are you worried about losing your housing? ☐ Yes ☐ No ☐ I choose not to answer this question

What Pharmacy do you use?

Street:

MEDICAL INSURANCE INFORMATION:

If you have a Medical Card, KCHIP Card or private insurance, please complete the information below.
The insurance information can be found on the front or back of your insurance card.

Insurance Company Name or MCO:	Medical Card Number/ID/Policy Number:	Group Number:
--------------------------------	---------------------------------------	---------------

Policy Holder's Name:	Policy Holder's Date of Birth: (Required)	Relationship to patient:
-----------------------	---	--------------------------

DENTAL INSURANCE INFORMATION:

If you have separate Dental Insurance, please complete the information below.
The insurance information can be found on the front or back of your insurance card.

Insurance Company Name or MCO:	Medical Card Number/ID/Policy Number:	Group Number:
--------------------------------	---------------------------------------	---------------

Policy Holder's Name:	Policy Holders Date of Birth: (Required)	Relationship to patient:
-----------------------	--	--------------------------

I do agree that the completed information is true to the best of my knowledge.
I also understand that by signing this form, I acknowledge that I have access to a copy of
Patient Rights & Responsibilities and HealthFirst Bluegrass' Privacy Notice located at www.healthfirstlex.com
Or I may request a copy by calling HealthFirst Bluegrass at (859)288-2425.

Signature of Parent or Guardian WHO HAS LEGAL CUSTODY OF THE CHILD: X	Date: X
--	------------

Printed Name:



Healthy Kids Clinic Registration Form

School/Teacher:

Place Label Here

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)						
Apellido:		Nombres:		Fecha de Nacimiento:	Núm. de Seguro Social:	Sexo: ☐ F ☐ M
Número de teléfono de casa:	Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
PADRE/TUTOR						
Tutor 1 Apellido:		Nombres:		Relación : ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otro (Especificar)	Paciente vive con Tutor? ☐ Yes ☐ No	Sexo: ☐ F ☐ M
Teléfono de casa:		Teléfono celular:		Teléfono del trabajo:	Fecha de Nacimiento:	
Tutor 2 Apellido		Nombres:		Relación : ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otro (Especificar) _____	Paciente vive con Tutor? ☐ Yes ☐ No	Sexo: ☐ F ☐ M
Teléfono de casa:		Teléfono celular:		Teléfono del trabajo:	Fecha de Nacimiento:	
Contacto de emergencia que no sea el tutor:		Número de teléfono de contacto de emergencia:		Relación con el niño:	Raza: ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Asiático ☐ Amerindio o Nativo de Alaska ☐ Nativo Hawaiano o Isleños de Pacifico	
¿Cuántas personas viven en su casa?		(Requerido) Ingreso anual total:		Idioma:	Etnicidad: ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino	
¿Cual es su situacion de vivienda hoy?		☐ Tengo Vivienda ☐ Elijo no responder esta pregunta		☐ No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en un automóvil o en un parque)		
¿Le preocupa perder su vivienda? ☐ Si ☐ No ☐ Elijo no responder esta pregunta						
Farmacia de preferencia:			Dirección:			
INFORMACION DEL SEGURO MEDICO:						
Si tiene una Tarjeta Médica, KCHIP o Seguro Privado, por favor complete la información abajo. La información del seguro la puede encontrar en la parte de enfrente o posterior de su tarjeta.						
Nombre de la compañía de seguro:		Núm. Tarjeta Medica/Identificación/Núm. Póliza:			Núm. de Grupo:	
¿A nombre de quien está la póliza? Núm. Seguro Social:		Fecha de nacimiento (necesario)			Relación al paciente:	
INFORMACION DEL SEGURO DENTAL:						
Si usted tiene seguro dental por separado, por favor complete la siguiente información. La información del seguro se puede encontrar en la parte de enfrente o posterior de su tarjeta de seguro.						
Nombre de la compañía de seguro:		Núm. Tarjeta Medica/Identificación/Núm. Póliza:			Núm. de Grupo:	
¿A nombre de quien está la póliza?		Fecha de nacimiento(necesario)			Relación al paciente:	
Certifico que la informacion proporcionada es fiel y verdadera de acuerdo a mi mayor conocimiento. También entiendo que al firmar este formulario, reconozco que tengo acceso a una copia de Derechos y Responsabilidades como Paciente y Póliza de Privacidad de HealthFirst Bluegrass, Inc. ubicado en: www.healthfirstlex.com o puedo llamar HealthFirst Bluegrass Inc. al (859)288-2425.						
Firma del Padre/Tutor que tiene la custodia legal del niño: X					Fecha: X	
Imprima el Nombre:						



Place Label Here

Child's Name _____ Child's Regular Doctor _____

Pediatric Past Medical History

- | | |
|--|--|
| ☐ No Problems | ☐ Breathing Problems |
| ☐ Asthma | ☐ Frequent Sore Throats |
| ☐ Diabetes | ☐ Pneumonia or recurrent cough |
| ☐ Heart Murmur | ☐ Kidney Disease |
| ☐ High Blood Pressure | ☐ Car Crash Injury |
| ☐ Anemia | ☐ Head Injury |
| ☐ Thyroid Problems | ☐ Fracture |
| ☐ Epilepsy - Seizures | ☐ AIDS - HIV |
| ☐ Febrile Seizure | ☐ Hepatitis A, B or C |
| ☐ Reflux or Gerd | ☐ Cavities or Tooth problems |
| ☐ Frequent Ear Infections | ☐ Hearing problems |
| ☐ Urinary Problems | ☐ Eye Problems |
| ☐ Appendix Removed | ☐ Wear glasses |
| ☐ Tonsils Removed | ☐ ADHD |
| ☐ Adenoids Removed | ☐ Depression, Anxiety |
| ☐ Ear tubes | ☐ Developmental Learning Problems |
| ☐ Hernia | ☐ List Other Surgeries: _____ |

Medications

Does your child take any medicines?

_____ Yes _____ No

If yes, please list them

Allergies

Is your child allergic to environmental factors (such as latex, bees, nuts, foods, insects, etc.)? _____ Yes _____ No

Which One?

What is the reaction?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Is your child allergic to any medication? _____ Yes _____ No

Which One?

What is the reaction?

* Continued on next page

Nombre de su niño/a: _____ Doctor regular de su niño/a: _____

Historial Médico Pediátrico

- | | |
|---|---|
| ☐ Ningún Problemas | ☐ Problemas Respiratorios |
| ☐ Asma | ☐ Dolor de Garganta Frecuentes |
| ☐ Diabetes | ☐ Neumonía o tos recurrente |
| ☐ Soplo Cardíaco | ☐ Enfermedad del Riñón(es) |
| ☐ Presión Alta | ☐ Golpe o Herida en un Accidente de Auto |
| ☐ Anemia | ☐ Golpe o Herida en la Cabeza |
| ☐ Problemas de Tiroide | ☐ Fracturas |
| ☐ Epilepsia- Ataque epileptico | ☐ SIDA - VIH |
| ☐ Convulsión Febril (por fiebre o calentura) | ☐ Hepatitis A, B o C |
| ☐ Reflujo Estomacal | ☐ Caries o Problemas de los dientes |
| ☐ Infecciones de Oído Frecuentes | ☐ Problemas de audición |
| ☐ Problemas Urinarios | ☐ Problemas de los ojos |
| ☐ Extracción de Apéndice | ☐ Usa Anteojos o Espejuelos |
| ☐ Extracción de las Amígdalas (Anginas) | ☐ Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención |
| ☐ Extracción de las Adenoides | ☐ Depresión, Ansiedad |
| ☐ Tubos en los Oídos | ☐ Problemas de desarrollo y aprendizaje |
| ☐ Hernia | ☐ Lista de otras cirugías: _____ |

Medicamentos

¿Su hijo(a) toma medicinas? _____ **Sí** _____ **No**

Sí toma, por favor haga una lista: _____

Alergias

¿Su hijo(a) ¿tiene alergias a cosas ambientales (así como el latex, abejas, nueces, comidas, insectos, etc.)? _____ **Sí** _____ **No**

¿Cuáles? _____ ¿Qué reacción tiene? _____

¿Su hijo(a) ¿es alérgico a algún medicamento? _____ **Sí** _____ **No**

¿Cuáles? _____ ¿Qué reacción tiene? _____

* Continua en la siguiente página

- | | | |
|---|-----------|-----------------------|
| 1. Who does child live with? | | Relationship to child |
| 2. Are there any smokers in the home? | _____ Yes | _____ No |
| 3. Are you concerned about your child's weight? | _____ Yes | _____ No |
| 4. Do you have any other concerns? | _____ Yes | _____ No |

Dental Health History

- | | |
|---|--|
| ☐ Pain inside mouth/ swelling of face | ☐ Loose teeth/ missing teeth |
| ☐ Difficulty opening/ closing mouth | ☐ Has your child sucked his/her thumb or fingers? |
| ☐ Bad Breath | ☐ Does your child receive any form of fluoride? |
| ☐ Have you ever had an injury to your mouth, head or neck? | |

Family History

Family history is parents, grandparents, brothers and sisters

- | | |
|--|---|
| ☐ Alcoholism | ☐ Seizure Disorder |
| ☐ Asthma | ☐ Birth Defects |
| ☐ Bleeding Disease | ☐ Anemia |
| ☐ Cancer | ☐ Huntington's Disease |
| ☐ Diabetes | ☐ Learning Disabilities |
| ☐ Heart Disease | ☐ Mental Retardation |
| ☐ Kidney Disease | ☐ ADHD |
| ☐ Thyroid Disease | ☐ Psychological Problems |
| ☐ Depression | ☐ Genetic Disorders |
| ☐ High Blood Pressure | ☐ Tuberculosis |
| ☐ High Cholesterol | ☐ Suicide |
| ☐ Stroke | ☐ Sickle Cell Trait or Disease |
| ☐ Cerebral Migraines | |

To the best of my knowledge, all of the above answers and information provided are true and correct. If there is a change in my child's health or I have any health concerns or questions, I will inform the clinic.

Signature of Legal Parent/Guardian x _____ Date: _____

1. Con quien vive el niño(a)? _____ Relacion al niño(a): _____
2. Alguien fuma en el hogar? _____ Sí _____ No
3. Le preocupa el peso de su hijo(a)? _____ Sí _____ No
4. Usted tiene alguna otra preocupacion? _____ Sí _____ No

Historia de Salud Dental

- | | |
|---|--|
| ☐ Dolor dentro de la boca/ inflamación en la cara | ☐ Dientes flojos/ dolor en la boca |
| ☐ Dificultad al abrir o cerrar la boca | ☐ ¿Su niño(a) se chupa los dedos? |
| ☐ Mal aliento | ☐ ¿Su niño(a) recibe cualquier forma de fluoruro? |
| ☐ ¿Ha tenido alguna lesión en su boca, cabeza, o cuello? | |

Historial Pediatrico Médico Familiar

Historial familiar es padre, madre, abuelos(as), hermanos y hermanas

- | | |
|---|---|
| ☐ Alcoholismo | ☐ Convulsiones |
| ☐ Asma | ☐ Defectos de Nacimientos |
| ☐ Enfermedad de la Sangre: Hemofilia | ☐ Anemia |
| ☐ Cáncer | ☐ Enfermedad de Huntington |
| ☐ Diabetes | ☐ Problemas de Aprendizaje |
| ☐ Enfermedad del Corazón | ☐ Retardación Mental |
| ☐ Enfermedad de los Riñones | ☐ Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención |
| ☐ Enfermedad de la Tiroide | ☐ Problemas Psicológicos |
| ☐ Depresión | ☐ Desordenes Geneticos |
| ☐ Presión Alta | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Colesterol Elevado | ☐ Suicidio |
| ☐ Derrame o Embolia | ☐ Enfermedad o Rasgo de Anemia |
| ☐ Migrañas | |

A mi mejor entender, todas las contestaciones e informacion provistas arriba son verdaderas y correctas. Si hay un cambio en la salud de mi hijo(a) o si tengo alguna preocupaci3n o pregunta, informar3 a la cl3nica.

Firma del Padre Legal/Guardian x _____ Fecha: _____



Enhancing quality of life through transformative health care for all

Application to Have Service Fees Waived

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| ☐ Arlington | ☐ Booker T. Washington | ☐ Cardinal Valley | ☐ Harrison |
| ☐ Lexington | ☐ Breckinridge | ☐ Bates Creek Elem | ☐ William Wells Brown |
| ☐ Traditional | | ☐ Bates Creek High | |
| ☐ Mary Todd | | | |

Student's Full Name:		Address:	
Date of Birth:			
Phone:		City, State Zip Code:	
Social Security #:			
How many members are in your household?		Note: A Household Member is any person that spends at least 50% of his/her time living in the home	
Does your child receive free or reduced lunch? YES or NO (Circle One) *** If Yes, sign this application and you are finished!***			
If No, we will need documentation of your income. You can provide any of the following: • 2 months of wage statements for all family members, • Recent Tax Return • SSI Income (SRS Statement) • Worker's Compensation / Disability Checks • Child Support • Unemployment Benefit Statement • A letter from someone outside your household stating you currently do not have income.			
DO NOT FILL OUT – ADMINISTRATION ONLY Circle One: 100% FPL <150% FPL <175% FPL <200% FPL			
Income from Job or self-employment		\$	() Per Month () Per Year
Income from Social Security or Disability		\$	() Per Month () Per Year
Income from Unemployment		\$	() Per Month () Per Year
Income from Child Support		\$	() Per Month () Per Year
Income from Pension or Retirement or Fund Allowance		\$	() Per Month () Per Year
Any other source of Income		\$	() Per Month () Per Year
Total		\$	() Per Month () Per Year

By signing this document, I certify that I am providing HealthFirst Bluegrass with accurate information.

Signature of Guardian/Applicant

Date

Enhancing quality of life through transformative health care for all

Formato de Solicitud para omitir cargos de servicio

☐ Arlington
☐ Mary Todd
☐ Lexington
☐ Traditional

☐ Booker T. Washington
☐ Breckinridge

☐ Bates Creek Elem
☐ Bates Creek High
☐ Cardinal Valley

☐ Harrison
☐ William Wells Brown

Nombre Completo del Estudiante:		Direccion de Residencia:	
Fecha de Nacimiento:			
Numero de Telefono:		Ciudad, Estado, Codigo Postal:	
Numero de Seguro Social:			
Número de personas que habitan en su residencia?		Nota: Se considera miembro de familia a la persona que vive mas del 50% de su tiempo en el domicilio de residencia.	
Su hijo (a) recibe almuerzo gratis o costo reducido? SI o NO (Circule Uno) *** Si su respuesta es SI, solo firme esta forma y entreguela!***			
Si su respuesta es NO, necesitara entregar la siguiente documentacion de sus ingresos. Usted puede proporcionar cualquiera de los siguientes documentos: • Comprobantes de sueldo de 2 meses de cada integrante de familia que trabaje. • Reciente Declaracion de Impuestos • SSI Ingreso (Estado de Cuenta SRS) • Compensacion al Trabajador / Cheques de Discapacidad • Pension Alimenticia • Estado de Cuenta de Beneficio de Desempleo • Carta de alguien que no viva con usted certificando que usted no tiene empleo .			
DO NOT FILL OUT – ADMINISTRATION ONLY			
Circle One: 100% FPL		<150% FPL	<175% FPL <200% FPL
Income from Job or self-employment	\$	() Per Month	() Per Year
Income from Social Security or Disability	\$	() Per Month	() Per Year
Income from Unemployment	\$	() Per Month	() Per Year
Income from Child Support	\$	() Per Month	() Per Year
Income from Pension or Retirement or Fund Allowance	\$	() Per Month	() Per Year
Any other source of Income	\$	() Per Month	() Per Year
Total	\$	() Per Month	() Per Year

Al firmar este Documento Certifico que la informacion proporcionada a HealthFirst Bluegrass es precisa.

Firma del tutor/Aplicante

Fecha

(Rev. 06/2022)



CONSENT FOR CARE USING TELEHEALTH

Physicians, and other medical personnel such as advance practice registered nurses, and other types of providers such as registered nurses, psychiatrists, pharmacists, social workers, therapists and community health workers are called "providers" on this form.

I understand that the HealthFirst Bluegrass teaches and trains doctors and other health care providers. Doctors in training (residents), medical students and other healthcare trainees may be involved in my care with appropriate supervision.

Instructions to patient: When this consent form is explained to you, please ask any questions you may have. If you do not understand the answers, please ask again until you do understand.

Telehealth will be used for the following departmental / specialty services:

. My provider has told me there could be problems when using telehealth. Possible problems include:

- A telemedicine exam may not give the information needed to make a clinical decision. Information transmitted may not be sufficient (e.g. Poor resolution of video/images) to allow for appropriate treatment.
- Technology problems may delay medical evaluation and treatment for the telehealth visit.
- Security measures may fail, causing a breach of privacy of personal medical information. This is very rare.
- Telehealth does not provide direct treatment, including emergency

care. For Direct-to-Consumer telehealth patients:

- Lack of privacy at the patient's location or because the patient may use a non-secured or shared device.
- Interruption of the visit due to local factors or technology problems.

My provider has also told me about the possible benefits of the procedure. Possible benefits include:

- Improved access to care. A patient can get services from anywhere in Kentucky.
- A patient can receive care from home, working with local providers to maintain continuity of care.
- Less time and expense for travel.

I understand the originating site provider may provide certain services using telehealth technology, including transmission of images, video and audio that are encrypted for privacy. I understand that these images will be used for diagnosis, treatment or consultation, as well as for educational purposes only within HealthFirst Bluegrass. I understand that none of the telehealth sessions will be recorded or photographed.

I understand that someone from the HealthFirst Bluegrass may contact me in the future to ask me about my health. By signing below, I understand the following:

1. This consent is in addition to any consent I gave for the care I am receiving.
2. This consent is for all the visits that include telehealth, and is valid for up to one year. In order to participate in telehealth, I must reside and be physically present in the state of Kentucky.

CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN MEDIANTE LA TELESALUD

En este formulario se denomina "proveedores" a los médicos y otro personal médico, como las enfermeras registradas de práctica avanzada y otros tipos de proveedores, como enfermeras registradas, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales, terapeutas y trabajadores comunitarios de la salud.

Entiendo que HealthFirst Bluegrass enseña y entrena a médicos y otros proveedores de atención médica. Los médicos en formación (residentes), los estudiantes de medicina y otros aprendices de la salud pueden participar en mi cuidado con la supervisión adecuada.

Instrucciones para el paciente: cuando se le explique este formulario de consentimiento, haga cualquier pregunta que tenga. Si no entiende las respuestas, pregunte de nuevo hasta que las entienda.

La telesalud se utilizará para los siguientes servicios departamentales/especializados:

. Mi proveedor me ha dicho que podría haber problemas al usar la telesalud. Los posibles problemas incluyen:

- Es posible que un examen de telemedicina no proporcione la información necesaria para tomar una decisión clínica. Es posible que la información transmitida no sea suficiente (por ejemplo, la mala resolución de las imágenes/video) para permitir un tratamiento adecuado.
- Los problemas tecnológicos pueden retrasar la evaluación médica y el tratamiento de la visita de telesalud.
- Las medidas de seguridad pueden fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal. Esto es muy poco frecuente.
- La telesalud no proporciona un tratamiento directo, incluida la atención de emergencia. Para los pacientes de telesalud directa al consumidor:
- Falta de privacidad en el lugar donde se encuentra el paciente o porque el paciente puede usar un dispositivo no seguro o compartido.
- Interrupción de la visita debido a factores locales o problemas tecnológicos.

Mi proveedor también me ha hablado de los posibles beneficios del procedimiento. Los posibles beneficios incluyen:

- Mejor acceso a la atención médica. Un paciente puede obtener servicios de cualquier lugar de Kentucky.
- El paciente puede recibir atención en su casa, trabajando con proveedores locales para mantener la continuidad de la atención.
- Menos tiempo y gastos de viaje.

Entiendo que el proveedor del sitio de origen puede proporcionar ciertos servicios utilizando la tecnología de telesalud, incluida la transmisión de imágenes, video y audio que están cifrados para mantener la privacidad. Entiendo que estas imágenes se utilizarán para el diagnóstico, el tratamiento o la consulta, así como para fines educativos únicamente dentro de HealthFirst Bluegrass. Entiendo que ninguna de las sesiones de telesalud será grabada o fotografiada.

Entiendo que alguien de HealthFirst Bluegrass puede contactarme en el futuro para preguntarme sobre mi salud. Al firmar abajo, entiendo lo siguiente:

Este consentimiento se suma al que ya he dado para los cuidados que estoy recibiendo.

1. Este consentimiento es para todas las visitas que incluyen la telesalud, y es válido hasta un año. Para participar en la telesalud, debo residir y estar físicamente presente en el estado de Kentucky.
2. Recibo servicios de telesalud en el lugar de mi elección, y asumo los riesgos que se comentaron conmigo.
3. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telesalud. He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthFirst Bluegrass.
4. Puede haber ocasiones en las que será necesario que un técnico ayude con el equipo de telesalud. Se me informará antes

3. I am receiving telehealth services at the location of my choice, and I assume the risks that were discussed with me.
4. The laws that protect privacy and confidentiality of medical information also apply to telehealth. I have been given a copy of HealthFirst Bluegrass' Notice of Privacy Practices.
5. There may be occasions that it will be necessary for a technician to assist with telehealth equipment. I will be informed prior to a technician joining the telehealth session. Such technicians will keep any information confidential.
6. Telehealth visits are done over a secure communications system that meets HIPAA encryption standards, but there is no guarantee that a security breach is not possible, and I accept the risk that this could affect confidentiality.
7. I have the right to withdraw my consent to the use of telehealth in the course of my care at any time. This will not affect my right to future care or treatment.
8. My provider will determine whether the condition being diagnosed or treated is appropriate for telehealth. If my provider believes I would be better served by a traditional in-person office visit, he or she may at any time stop the telehealth visit and schedule an in-person visit for certain diagnosis and treatment or in the event of a technical failure.
9. No results are guaranteed or promised by using telehealth for care.
10. My demographic information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes.
11. I or my insurance may be billed for telehealth services. I am responsible to HealthFirst Bluegrass for charges resulting from the services provided via telehealth.
12. If my provider sees or hears anything that shows I have an emergency medical condition, he or she may call 911.
13. Law may require my provider to report certain events, such as self-neglect or if someone is in danger.

NOTE: Interpretive services **must** be offered for preferred languages other than English.

I have read this consent form, and it has been explained to me. I have received information regarding telehealth and have had the chance to ask all of the questions I have about telehealth, its alternatives, its risks, its benefits, and limitations. I have been given answers to my questions, and I understand the answers.

Signatures

Patient

Signature of Legal Representative and Relationship to Patient

Person obtaining consent

Date / Time

Interpreter Name or ID #

In person or via CyraCom (circle one)

de que un técnico se incorpore a la sesión de telesalud. Estos técnicos mantendrán cualquier información confidencial.

5. Las visitas de telesalud se realizan a través de un sistema de comunicaciones seguro que cumple con las normas de encriptación de la HIPAA, pero no hay garantía de que no sea posible una violación de la seguridad, y acepto el riesgo de que esto pueda afectar a la confidencialidad.
6. Tengo derecho a retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento. Esto no afectará a mi derecho a recibir cuidados o tratamiento en el futuro.
7. Mi proveedor determinará si la condición que se diagnostica o trata es apropiada para la telesalud. Si mi proveedor cree que sería mejor para mí una visita tradicional en persona al consultorio, puede en cualquier momento detener la visita de telesalud y programar una visita en persona para ciertos diagnósticos y tratamientos o en caso de una falla técnica.
8. No se garantiza ni promete ningún resultado con el uso de la telesalud para el cuidado.
9. Mi información demográfica puede ser compartida con otras personas para fines de programación y facturación.
10. A mí o a mi seguro se nos puede facturar por los servicios de telesalud. Soy responsable ante HealthFirst Bluegrass de los cargos resultantes de los servicios prestados a través de la telesalud.
11. Si mi proveedor ve u oye algo que demuestre que tengo una condición médica de emergencia, puede llamar al 911.
12. La ley puede exigir a mi proveedor que informe de ciertos acontecimientos, como la autonegligencia o si alguien está en peligro.

NOTA: Se **deben** ofrecer servicios de interpretación para los idiomas preferidos que no sean el inglés.

He leído este formulario de consentimiento y se me ha explicado. He recibido información sobre la telesalud y he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tengo sobre la telesalud, sus alternativas, sus riesgos, sus beneficios y sus limitaciones. Me han dado respuestas a mis preguntas, y entiendo las respuestas.

Firmas

Paciente

Firma del representante legal y relación con el paciente

Persona que obtiene el consentimiento

Fecha / Hora

Nombre o número de identificación del intérprete

En persona o a través de Cyracom (marque uno en un círculo)

We follow all COVID-19 recommendations / protocols set by the CDC (Center for Disease Control) and have increased ventilation on the mobile unit to aid in reducing aerosols.

I understand that I am authorizing the rendering of diagnostic and treatment procedures. Procedures include: clinical exams, fluoride treatment, cleanings, x-rays, silver and/or white fillings, stainless steel crowns, nerve treatment, soft tissue removal, and all local anesthesia by authorized agents and employees of HealthFirst Bluegrass, Inc. and the dental staff, or their designees, as may in their professional judgment be deemed necessary or beneficial. I understand that **certain risks and complications may happen** if my child has these procedures. **These possible problems include:** The possibility of discomfort during and following treatment, aspiration or swallowing a dental instrument or dental material, allergic reactions to dental materials, and other possible problems that the dentist cannot predict.

There may be instances where the DMD is unable to save a tooth when trying to restore it. In these instances, the only alternative is to extract (pull) the tooth. There are risks involved with having teeth removed. While infrequent, **these risks may include:** pain, excessive bleeding, infection, swelling, bruising, jaw stiffness, damage to adjacent or underlying teeth, breaking of a root tip, etc.

I authorize the extraction of the tooth if the DMD is unable to save it.

I understand that my child may need further treatment by a specialist or even hospitalization if complications arise during or following treatment, the cost of which is my responsibility.

I also understand that when baby teeth are removed, it can cause problems for the erupting teeth and my child may need a space maintainer to keep the space open for the permanent tooth to come in. I also understand that space maintainers are not placed as a part of this program and that a referral letter will be sent home if necessary.

There also may be instances when treatment on a tooth cannot be immediately performed, but in order to prevent an abscess or further infection, **we may place a topical fluoride to stop the active decay process.** While there are no health risks involved, **black or dark staining of the decayed surface will occur.** I authorize HealthFirst Bluegrass, Inc. dental personnel to apply this material at their discretion.

- **I understand** that these services will be provided by the dental faculty, students, hygienists and/or staff of HealthFirst Bluegrass Inc.
- **I understand** that the preventive treatment (cleaning, fluoride and sealants) may be provided by a registered dental hygienist without the presence of the dentist, as outlined in general supervision legislation.
- **I understand** that the dental findings for all the children as a group may be reported on and/ or published, and that, in this case, no child will be identified individually. While all the individual records are held by HealthFirst Bluegrass, Inc. as confidential, I understand that a list of children who need follow-up dental treatment is routinely provided to the Family Resource Center.

Permission to Communicate: There may be a need to communicate with you or the emergency contact provided above concerning your child's medical history, treatment or oral health needs.

- **I understand** that I am giving you permission to communicate with me or the emergency contact provided above through written notes sent home with my child, as well as any other method expressed on the consent form.

Release of Information: Authorization is granted to HealthFirst Bluegrass, Inc. and its staff to release pertinent information from the patient's record to any insurance company or agency which is legally responsible for all or any part of the service fees for the treatment rendered.

In order to provide optimal care for my child, I also give consent:

- For HealthFirst Bluegrass, Inc. clinic staff to review my child's full school record, including attendance and other information that will assist the staff in helping my child.
- To have my child participate in on-going evaluations of the program, including questionnaires and surveys. I understand that my child will not be identified in the evaluation.
- For HealthFirst Bluegrass, Inc. clinic staff to disclose to appropriate school staff medical information as healthcare staff deem necessary.
- For the following hospitals to release to HealthFirst Bluegrass, Inc. clinic staff the emergency room reports on my child: Baptist Health, Samaritan, St. Joseph, UK, St. Joseph East, Shriner's Children's Hospital.
- For HealthFirst Bluegrass, Inc. staff to obtain any records or information from any agency or private professional regarding my child's care. HealthFirst Bluegrass, Inc. is released from all liability that may arise from the release of such information.
- HealthFirst Bluegrass to use my child's photograph, likeness and/or voice in any way that would reasonably portray HealthFirst Bluegrass, Inc.. I release HealthFirst Bluegrass, Inc. and any of its employees or agents, from any damages in using my child's photography, likeness and/or voice. This includes, but not limited to, photographs for the child's medical record.
- I agree that the completed information is true to the best of my knowledge.

Payment Authorization: I hereby authorize payment of insurance benefits be made directly to HealthFirst Bluegrass, Inc. on my behalf for services my child received. I also authorize HealthFirst Bluegrass, Inc. to release medical information about my child to KCHIP, Medicaid insurance and other third party payers to determine payment for services.

Name

Social Security Number

DOB: ____/____/____

X _____
Parent/Guardian Signature

Print Name of Parent/Guardian
(Circle:) Mother Father Legal Guardian

Date: ____/____/____

Nosotros seguimos las recomendaciones en referencia /protocolos establecidos por el CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) y hemos aumentado la ventilación en la unidad móvil para ayudar con la reducción de aerosoles.

Entiendo que estoy autorizando la realización de procedimientos de diagnóstico y de tratamiento. Los procedimientos incluyen: exámenes clínicos, tratamiento de flúor, limpiezas, rayos X, empastes de plata y/o blancos, coronas de acero inoxidable, tratamiento del nervio, extracción de tejido blando, y todas las anestесias locales, realizados por empleados y agentes autorizados de HealthFirst Bluegrass Inc., o las personas designadas por éstos, que según su juicio profesional puedan resultar necesarios o beneficiosos. Entiendo que si se le hacen estos procedimientos a mi hijo podría estar expuesto a **determinados riesgos y complicaciones. Estos posibles problemas incluyen:** la posibilidad de molestias durante y después del tratamiento, aspirar o tragar instrumentos o material dental, reacciones alérgicas a los materiales dentales, y otros posibles problemas que el dentista no puede predecir.

Podría haber situaciones en las que el DMD no lograra salvar un diente cuando lo intenta restaurar. En estas situaciones, la única alternativa es extraer (sacar) el diente. La extracción de dientes conlleva riesgos. Aunque muy poco frecuentes, **estos riesgos podrían incluir:** dolor, sangrado excesivo, infección, inflamación, hematomas, rigidez en la mandíbula, daño a dientes adyacentes o subyacentes, rotura del extremo de la raíz, etc.

Autorizo la extracción del diente si el DMD no puede salvarlo.

Entiendo que mi hijo podría necesitar un tratamiento ulterior de un especialista o incluso ser internado en el hospital si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, y los costos serán mi responsabilidad.

Entiendo además que la extracción de dientes de leche puede ocasionar problemas para los dientes que están saliendo y mi hijo podría necesitar un espaciador para mantener el espacio abierto para que salga el diente permanente. Entiendo además que en este programa no se colocan espaciadores y, si es necesario, se enviará a su hogar una carta para derivación a un especialista.

Podría además haber situaciones en las que no se puede realizar de forma inmediata el tratamiento de un diente, pero a fin de evitar un absceso o una infección mayor, podríamos colocar flúor en forma tópica para detener el proceso activo de cariado. Aunque esto no conlleva riesgos de salud, **la superficie cariada se oscurecerá o se pondrá negra.** Autorizo al personal de odontología de HealthFirst Bluegrass, Inc. a aplicar este material según su discreción.

- **Entiendo** que estos servicios serán prestados por docentes, residentes, estudiantes de odontología, higienistas y/o personal de HealthFirst Bluegrass, Inc.
- **Entiendo** que el tratamiento preventivo (higiene, flúor y selladores) podría ser realizado por un higienista dental registrado sin la presencia del dentista, como se describe en la legislación de supervisión general.
- **Entiendo** que los resultados dentales de todos los niños como grupo podrían ser reportados y/o publicados, y que, en ese caso, no se identificará a ningún niño en forma individual. Aunque HealthFirst Bluegrass, Inc. considera confidenciales todos los expedientes individuales, entiendo que se entrega en forma rutinaria una lista de los niños que necesitan seguimiento al Centro de Recursos para la Familia.

Permiso para comunicaciones: Podría existir la necesidad de comunicarnos con usted o con el contacto de emergencia indicado antes con respecto a la historia clínica, el tratamiento o las necesidades de salud oral de su hijo.

- **Entiendo** que estoy otorgando permiso para que se comuniquen conmigo o con el contacto de emergencia indicado antes a través de notas escritas que mi hijo traiga a casa, y a través de cualquier otro método expresado en este formulario de consentimiento.

Divulgación de la información: Se concede autorización a la Facultad y a su personal para divulgar la información pertinente del expediente del paciente a cualquier compañía o agencia de seguro que sea legalmente responsable de una parte o de todos los honorarios de servicio para el tratamiento brindado.

Para darle a mi hijo una atención óptima, también doy mi consentimiento:

- Para que el personal clínico de HealthFirst Bluegrass, Inc. revise todo el expediente escolar de mi hijo, incluyendo el registro de asistencia y demás información que pueda servir para que el personal ayude a mi hijo.
- Para que mi hijo participe en evaluaciones continuas del programa, incluyendo cuestionarios y encuestas. Entiendo que mi hijo no será identificado en la evaluación.
- Para que el personal clínico de HealthFirst Bluegrass, Inc. divulgue al personal pertinente de la escuela información médica que los profesionales de la salud estimen necesaria.
- Para que los siguientes hospitales divulguen los informes de mi hijo de la sala de emergencia al personal clínico de HealthFirst Bluegrass, Inc.: Baptist Health, Samaritan, St. Joseph, UK, St. Joseph East, Shriner's Children's Hospital.
- Para que el personal clínico de HealthFirst Bluegrass, Inc. obtenga cualquier expediente o información de cualquier agencia o profesional privado con respecto a la atención de mi hijo. HealthFirst Bluegrass, Inc. quedan exonerados de toda responsabilidad que pueda surgir debido a la divulgación de dicha información.
- Para que HealthFirst Bluegrass, Inc. use la fotografía, retrato y/o voz de mi hijo de cualquier forma que represente las clínicas de HealthFirst Bluegrass, Inc.. Exonero a HealthFirst Bluegrass, Inc. y a todos sus empleados o agentes, de cualquier perjuicio que resulte del uso de la fotografía, retrato y/o voz de mi hijo. Esto incluye, entre otras cosas, fotografías para la historia clínica de mi hijo.
- Convengo que toda la información es verdadera, a mi leal saber y entender.

Autorización de pago: Por la presente autorizo el pago de beneficios del seguro directamente a HealthFirst Bluegrass, Inc. en mi nombre para los servicios recibidos por mi hijo. Autorizo además a HealthFirst Bluegrass a dar información médica acerca de mi hijo a KCHIP, al seguro de Medicaid y a cualquier otro tercero pagador para determinar el pago de los servicios.

Nombre _____
X _____
Firma de Padre/Madre/Tutor

Número de seguridad social _____
Nombre en letra de imprenta de Padre/Madre/Tutor
(Marcar con un círculo) Madre Padre Tutor legal

DOB: ____/____/____

Fecha: ____/____/____