



## Inscripción en los Servicios Médicos para el 2024/2025 Año Escolar

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



Los Centros de Salud Ubicados en la Escuela (CSUE) son fácilmente accesibles en las instalaciones escolares donde los estudiantes pueden ir para servicios integrales y preventivos de la salud médica. Los servicios médicos son proporcionados por una enfermera practicante. Los servicios médicos están disponibles en Tichenor Middle and at Howell, Lindemann, Miles and Arnett Elementary. Todos los estudiantes de Erlanger-Elsmere Schools son bienvenidos en todos los Centros de Salud.

Inscripción en los servicios de salud es opcional. Usted puede inscribirse a cualquier tiempo durante el año escolar, llamando a la enfermera escolar. Para inscribirse, es necesario llenar los formularios y devolverlos a la escuela.

*Antes de recibir servicios la siguiente documentación debe ser completada y entregada a la escuela. Tenga en cuenta que estos formularios deben ser llenados cada año. Si no están llenados completamente, se los devolveremos.*

### Las tarifas para visitas CSUE:

- Todos los pacientes **sin seguro médico** serán facturados **\$23** por la visita médica.
- Todos los pacientes **con seguro privado** serán facturados por su responsabilidad de compartir costos.
- **Medicaid** será facturado directamente para pacientes con un plan de Medicaid si tenemos una copia de su tarjeta o su número de identificación. Su Medicaid debe ser activo el día de la cita.

### El Centro de Salud Ubicado en la Escuela le puede ofrecer muchos servicios, incluyendo:

- Exámenes preventivos con vacunas
- Exámenes físicos para escuela y deportes si el estudiante no ha tenido un examen preventivo durante los últimos 12 meses
- Visitas para los enfermos y medicamentos sin receta (por ejemplo, Tylenol, Advil, etc.)
- Recetas para medicamentos
- Asistencia en manejar las enfermedades crónicas

HealthPoint opera una clínica de servicio completo en Florence a 7607 Dixie Highway. Esta clínica está abierta los sábados y las tardes y Usted, su estudiante y su familia pueden venir con cita o sin cita para recibir servicios médicos, dentales y de salud mental. El número de teléfono 859-655-6100; sitio web [www.HealthPointfc.org](http://www.HealthPointfc.org)

# Formulario de Autorización para Servicios Médicos para el 2024/2025 Año Escolar

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Deseo inscribir a mi niño en los siguientes programas (*marque si quiere inscribir a su niño*)

**Medico:** visitas preventivas, exámenes físicos, visitas enfermas, medicamento, vacunas

**Ponga sus iniciales** al lado de cada vacuna que autoriza para su niño

\_\_\_\_\_ Todas las vacunas requeridas para ir a escuela (vee la caja a la derecha)

\_\_\_\_\_ VPH (El virus del papiloma humano) – 2 dosis recomendadas para estudiantes de 11-14 años, 3 dosis recomendadas para estudiantes de 15 años o mayor de edad

\_\_\_\_\_ Vacuna contra la gripe

\_\_\_\_\_ Vacuna antimeningocócica del serogrupo B – 2 dosis recomendadas para personas 16-23 años de edad o niños a 10 años y mayor con alto riesgo para contraer meningitis

Se proporciona vacunas solamente durante la visita medica

Requeridas para ir a escuela, todos los niños

Dtap –4 dosis

Varicella -2 dosis

Polio –3 dosis

Hepatitis A – 2 dosis

Hepatitis B-3 dosis

MMR -2 dosis

Requeridas para niños entrando en preescolar y kínder

Neumocócica and Hib

Requeridas para niños entrando en el grado 6 y mayor

Meningitis and Tdap

La segunda dosis de meningitis se pone a 16 años de edad

Niños atrasados puede seguir otro horario

**Explique aqui si no quiere que su niño reciba alguna de estas vacunas:**

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Certifico que la información de arriba es correcta y mi firma abajo indica mi autorización para todas las declaraciones y toda la información contenida en este paquete. Consiento al tratamiento para mi niño incluso cualquier prueba o procedimiento que pudiera ser indicado por el proveedor médico. También doy mi consentimiento para todas las vacunas requeridas por el estado, excepto si se excluye arriba. Autorizo a HealthPoint Family Care, Inc. a facturar a mí y a mi seguro por los servicios provistos. También autorizo a la liberación de mi información médica a mis aseguradores o partes responsables. Comprendo que seré responsable por todas las facturas si no estoy activo en Medicaid, Medicare o seguro privado. Autorizo a HealthPoint a divulgar registros de salud requeridos para la inscripción incluyendo exámenes físicos y registros de vacunación a la escuela. Comprendo que es mi responsabilidad notificar a HealthPoint si hay cambios en el seguro, la custodia, dirección de casa o número de teléfono. Entiendo que HealthPoint usa un solo registro médico compartido por todos los departamentos y oficinas y que cualquier tratamiento, incluso el tratamiento de salud mental o por trastorno de sustancias, está disponible para todos los proveedores de HealthPoint que se ocupan de mi hijo por cualquier motivo.

**RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** para ver a la Practica de Privacidad y Aviso de No Discriminación vaya a [www.healthpoitfc.org](http://www.healthpoitfc.org) o obtenga una copia de HR and Compliance Office, 215 E. 11th St., 859-655-6100. Al firmar abajo, reconozco que puedo acceder la Notificación de Prácticas de Privacidad.

## **RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN DE NOTIFICACIÓN DE DECLARACIONES DE INFORMACION DE VACUNAS**

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades provee Declaraciones de Información de Vacunas que son hojas informativas que expliquen los beneficios y riesgos de una vacuna a los recipientes. Puede ver las Declaraciones a <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/vis>. También puede ver los horarios de vacunas para entender cuáles vacunas se debe poner su niño <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules>. Al firmar abajo, reconozco que me han explicado cómo acceder Declaraciones de Información de Vacunas antes de que mi niño (o mí mismo si mayor de 18 años) reciba alguna vacuna en el Centro de Salud Ubicado en la Escuela.



\_\_\_\_\_  
Firma de Guardián (o Estudiante si 18+)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Guardián en letra del molde

## Formulario de Información Requisita para Servicios Médicos para el 2024/2025 Año Escolar

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Masc. / Femenino  
Dirección: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_ Idioma Preferida: Ingles \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico del Guardián: \_\_\_\_\_ Otra Idioma (escriba aquí): \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Celular del Guardián: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Trabajo del Guardián: \_\_\_\_\_

Usted acepta que podemos contactarle por teléfono a cualquier número asociado con su cuenta, incluyendo números de teléfonos móviles, los cuales podrían ocasionar cargos para Usted. También podríamos contactarle enviándole mensajes de texto o correo electrónico. Los métodos de contacto podrían incluir el uso de mensajes de voz pre-grabados/voces artificiales y/o el uso de dispositivos de discado automático.

**Acceso electrónico al registro de su niño está disponible si registra en [healthpointfc.myezyaccess.com](http://healthpointfc.myezyaccess.com)**

Raza (escoja todos que apliquen):  Asiático  Blanco/Caucásico  Americano Nativo/Nativo de Alaska  
 Moreno/Afroamericano  Otro Isleño de Pacifico  Hawaiano

Etnicidad:  Hispano  No-Hispano

Su relación con el niño:  Padre/Madre  Padre/Madre Crianza Temporal  Tutor legal

### INFORMACION DE PADRE/MADRE/TUTOR:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE FACTURACION: Marque aquí si es lo mismo que padre/tutor

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

HealthPoint se requiere obtener información sobre los ingresos de pacientes. Esta información es necesario para cobrar las tarifas citadas arriba. Entre el ingreso anual de todos los miembros del hogar \$ \_\_\_\_\_ Entre el número de miembros del hogar \_\_\_\_\_

### Mi niño tiene (marque todo lo que corresponda):

No seguro

Medicaid Nombre: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Seguro médico privado ID #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Mi escuela es: \_\_\_\_\_ Lloyd \_\_\_\_\_ Tichenor \_\_\_\_\_ Howell \_\_\_\_\_ Lindemann \_\_\_\_\_ Miles \_\_\_\_\_ Arnett

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor Primario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Historia Social:**

Nombre de la persona que completa este formulario; \_\_\_\_\_

Relación al paciente: ( )Madre ( )Padre ( )Abuela ( )Abuelo ( )Guardián ( )Otro - \_\_\_\_\_

Los padres del niño están:

- ( ) casados y viven juntos
- ( ) separados y no viven juntos
- ( ) divorciados y no viven juntos
- ( ) otro: \_\_\_\_\_

Arreglos de custodia:

- ( ) La madre es la responsable y el padre tiene derecho de visitar
- ( ) El padre es el responsable y la madre tiene derecho de visitar
- ( ) Ambos padres tienen la custodia compartida
- ( ) La madre es la responsable y el padre tiene derecho limitado de visitar
- ( ) El padre es el responsable y la madre tiene derecho limitado para visitar
- ( ) Los abuelos tienen custodia
- ( ) Tutor temporal (foster care)
- ( ) Otro - \_\_\_\_\_

Quien es el cuidador principal:

- ( ) madre
- ( ) padre
- ( ) abuela
- ( ) abuelo
- ( ) otro - \_\_\_\_\_

Como se desempeña en escuela? ( ) bien ( ) mal

Cuanto tiempo ausente este año? # \_\_\_\_\_ de ( ) días ( ) semanas ( ) meses

Vive el niño en una casa construida antes de 1970? ( ) Si ( ) No

Fuma alguien en la casa? ( ) Si ( ) No

Quien? ( ) madre ( ) padre ( ) abuela ( ) abuelo ( ) otro - \_\_\_\_\_

Ha sido el niño abusado físicamente? ( ) Si ( ) No

Ha sido el niño abusado sexualmente? ( ) Si ( ) No

Hay una pistola en la casa? ( ) Si ( ) No

Esta guardado en un lugar seguro, cerrado con llave? ( ) Si ( ) No

Usa su hijo tabaco? ( ) Si ( ) No

( ) Cigarrillo - Cantidad \_\_\_\_\_ paquete(s) por # \_\_\_\_\_ ( ) día ( ) semana por # \_\_\_\_\_ años

( ) Tabaco masticado - Cantidad \_\_\_\_\_ lata(s) por # \_\_\_\_\_ ( ) día ( ) semana por # \_\_\_\_\_ años

( ) Cigarrillo al vapor - Cantidad \_\_\_\_\_ cartucho(s) por # \_\_\_\_\_ ( ) día ( ) semana por # \_\_\_\_\_ años

Alguna preocupación con alcohol o drogas? ( ) Yes ( ) No

**Historia Familiar: (marque todo lo que corresponda)**

- |  |   |
|--|---|
| ( ) Abuso de alcohol/drogas                      | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Asma   | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Cáncer                                       | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Derrame cerebral                             | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Diabetes                                     | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Enfermedad cardíaca                          | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Ataque cardíaco antes de los 50 años de edad | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Alta presión arterial                        | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Colesterol alto                              | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Envenenamiento al plomo                      | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Problemas de salud mental                    | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Epilepsia o convulsiones                     | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Anemia de células falciformes                | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Suicidio                                     | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Enfermedad de tiroides                       | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |
| ( ) Otro: _____                                  | ( ) madre ( ) padre ( ) hermano ( ) abuelo ( ) abuela |

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Salud de la Familia:

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

Nombre del hermano: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_ Vive con el niño? ( ) si ( ) no Salud: ( ) Bueno ( ) Enfermo ( ) Fallecido

**Historia Médica del Paciente:**

El paciente tiene alergias? Qué tipo de alergia y cuál es la reacción (ejemplo-medicina, plantas, comida, insecto):

El paciente tiene enfermedades crónicas: \_\_\_\_\_

Le han hecho cirugías al paciente? Qué tipo de cirugía?: \_\_\_\_\_

Note todos los medicamentos y vitaminas que toma el paciente. \_\_\_\_\_

Cual farmacia usa? \_\_\_\_\_ Dirección/Teléfono #: \_\_\_\_\_

Su niño va donde un especialista? ) no ( ) si –explique porque: \_\_\_\_\_

Tiene preocupaciones por la salud dental de su niño? ( ) no ( ) si – explique porque: \_\_\_\_\_