PAQUETE DE INSCRIPCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EL CENTRO DE SALUD EN LA ESCUELA (SBHC POR SUS SIGLAS IN INGLÉS) DE CENTERPOINT HEALTH

¡Bienvenido a Centerpoint Health SBHC!

Este centro es único al estar localizado dentro de la escuela. El mismo ofrece a los estudiantes y miembros de la comunidad el beneficio de un acceso directo a atención médica. Nuestros servicios se ofrecen durante todo el año. Los padres y/o tutores son siembre bienvenidos en las citas, pero no están obligados a estar presentes. Es importante mencionar, que después del primer año de servicios, la información personal que cambia debe ser actualizada. Por ejemplo, cambio de grado, edificio escolar, distrito escolar, dirección, número de teléfono, historial médico, información sobre seguros médicos, entre otros.

- Complete los documentos requeridos y envielos de regreso a la escuela con el estudiante o deje en el SBHC.
- El registro del paciente puede retrasarse si faltan documentos o la información es ilegible.

No dude en ponerse en contácto con nosotros durante el horario comercial habitual al (513) 318-1188 si tiene alguna pregunta.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y CONSENTIMIENTO				
Fecha de hoy:	Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	M.I.	Fecha de nacimiento del estudiante:

Escuela Actual del Estudiante:	Edificio actual del estudiante:	Grado actual del estudiante:	Identificación de la Escuela Actual del Estudiante:

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

☐ **SÍ,** doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **CUIDADOS MÉDICOS,** incluyendo exámenes de rutina para niños sanos, solicitudes de trabajo, cuido de niños y exámenes físicos de requisito para la escuela, deportes, suministro de vacunas, evaluaciones conducta apropiadas, servicios integrados de salud de la conducta y tratamiento para enfermedades o lesiones incluyendo venta de medicamentos de venta libre a menos que se necesiten servicios de emergencia.

☐ **NO**, no deseo que mi hijo reciba **CUIDADO MÉDICO** en el centro de salud en la escuela**.**

SERVICIOS DENTALES

☐ **Sí**, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en el centro de salud dental escolar/ móvil, incluyendo cuidados preventivos, exámenes dentales, radiografías, selladores, empastes, anestesia local, extracción de dientes y endodoncia de ser necesario. También se proporcionarán selladores y otros procedimientos preventivos. El plan de tratamiento será proporcionado y aprobado por los padres/tutores ANTES de ser iniciado.

NO deseo que mi hijo reciba **SERVICIOS DENTALES** en el centro de salud en la escuela.

Al firmar este consentimiento, acepto los términos y condiciones relacionos al ***pago para servicios y uso compartido de información de salud****, como se explica en el formulario de* ***Descripción del Programa*** *que lo acompaña. También he recibido y estoy de acuerdo con el* ***Consentimiento del Paciente para el uso y Divulgación de Información de Salud Protegida*** *como se explica en el formulario de* ***Descripción del Programa****. He recibido el* ***Aviso de Prácticas de Privacidad****. Autorizo a las Escuelas de la Ciudad de Norwood a compartir información sobre seguros con Centerpoint Health. Entiendo y acepto que este consentimiento permanecerá en vigor hasta que lo revoque o hasta que mi hijo ya no esté inscrito en un distrito escolar donde Centerpoint Health proporcione servicios.*

_____	_____	_____
Firma del Padre o Tutor o Firma del paciente / estudiante (solo si tiene 18 años o más)	Nombre en letra de molde del padre/tutor o del paciente/estudiante (solo si tiene 18 años o más)	Fecha

Centerpoint HEALTH

FORMULARIO DE REGISTRO DE SALUD DE CENTERPOINT

Por favor complete todas las secciones

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	MI:	Edad:	Fecha de nacimiento:	Seguridad social #	Género (al nacer): Hombre Mujer

Domicilio: *Compruebe si Homeless*	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:

Podemos dejarle un mensaje de correo de voz en los números de teléfono proporcionados: Sí No

Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono principal:

PARTE RESPONSABLE *(Obligatorio si el paciente es menor de 18 años o es un adulto con un apoderado/tutor legal.)*

Apellido:	Nombre:	MI:	Fecha de nacimiento:	Seguridad social #	Relación:

Dirección de inicio/facturación:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Raza (marque todos que aplican):
Blanco/caucásico Afroamericano/Negro American Indian/Alaska Native
Más de una raza Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico Asia

Origen étnico:
Hispano/Latino
No hispano/latino

Idioma:
Inglés
Español
Otros

Identidad de género:
Mujer Hombre transgénero De mujer a hombre
Transexual Femenina/De Hombre a Mujer Rechazar para responder
Otros

solicitar servicios de traducción: Sí No

Orientación Sexual
Bisexual
Homosexual
Heterosexual
No Conoce
Otros:

Estado civil:
soltero
casado
divorciado
viuda
legalmente separado

¿Cómo se enteró de nosotros?
Volante WIC Sitio web
Walk-in Radio Referencia
Amigos/Familia
Proveedor de seguros
Los medios de comunicación social
Otros

¿Tiene una Directiva Anticipada o un
¿Testamento Viviente? Sí No
¿Tiene un DNR (no resucitar)? Sí No

FORMULARIO DE REGISTRO DE SALUD DE CENTERPOINT

Por favor complete todas las secciones

Ingresos y dependientes		
No. de dependientes (incluido self) _		¿Es usted un migratorio/temporal trabajador? Sí No
Rango Anual - seleccione uno		
Ninguno - $10,000.00	$30,001.00 - $40,000.00	¿Eres un veterano? Sí No
$10,001.00- $15,000.00	$40,001.00-$50,000.00	
$15,001.00 - $20,000.00	$50,001.00 - $60,000.00	¿Estás discapacitado? Sí No
$20,001.00 - $25,000.00	Más de $60,000	
$25,001.00-$30,000.00		

¿Tiene seguro médico? Sí. No
Proveedor de Seguro Médico: ___ _____ _____ No suscriptor: _____ _____ Grupo No: _____
Nombre del Asegurado: _____ _____ Empleador del Asegurado: ____ _____ _____ Co Pay _____

¿Tiene seguro dental? Si No
Proveedor de Seguro Dental: No suscriptor: Grupo No:
Nombre del Asegurado: _____ _____ Empleador del Asegurado: ____ _____ _____Co Pay _____

PERMISO PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA

En el curso de su atención, Centerpoint Health reconoce que tal vez desee involucrar a ciertos miembros de la familia, amigos y otras personas para que participen dando y recibiendo información sobre la atención que recibió. Con el fin de ayudarle, le pedimos que identifique a esas personas, si las hay, en el espacio de abajo. Esto no autoriza ninguna copia de los registros médicos, que requerirá una autorización por escrito del paciente. Este permiso está en vigor hasta que se revoque por escrito a Centerpoint Health. Deberá proporcionar un identificador a cualquier persona para asegurarse de que se ha concedido permiso a la persona que llama.

Nombre del individuo	**Relación con el paciente**

_____
Nombre legal impreso del paciente

_____ _____
Firma del Paciente o Parte Responsable *Fecha*

Notificación de la solicitud de descuento de tarifa deslizante

Debe completarse antes del servicio.

Nota: Su firma para solicitar o renunciar a la Solicitud del Programa de Descuento debe ser firmada para que usted sea visto por un Proveedor de Centerpoint.

Todos los pacientes serán atendidos ya sea que tengan o no los recursos económicos, siempre cuando completen la solicitud descuento.

Por favor, firme para solicitar o renunciar a la Solicitud del Programa de Descuento:

Petición
la Solicitud del Programa de Descuento

Las solicitudes de servicios con descuento pueden ser hechas por pacientes, familiares u otras personas que son conscientes de las dificultades financieras existentes. Los descuentos se ofrecen en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Nuestros servicios incluyen Medicina Familiar, Pediatría, Obstetricia/ Ginecología, Dental y Salud de la Conducta. La información y los formularios se pueden obtener reconociendo su consentimiento para recibir esta información.

_____
Nombre del paciente impreso

_____
Firma del paciente

_____
Fecha

Renunciar
la Solicitud del Programa de Descuento

Elijo **no** recibir la solicitud del Programa de Descuento en este momento. Renuncio a mi derecho a cualquier descuento por el que de otro modo pueda tener derecho. Entiendo que seré responsable del pago total de todos los cargos en el momento del servicio.

No inicie sesión en este espacio si desea solicitar el descuento de tarifa deslizante.

_____
Nombre del paciente impreso

_____
Firma del paciente

_____
Fecha

Centerpoint
HEALTH

Contrato de nombramiento perdido

Nombre del paciente:

Entiendo las siguientes políticas de Centerpoint:

Política de citas perdidas: Entiendo que si pierdo tres (3) citas en un período de doce (12) meses, mi relación paciente-médico puede ser cancelada.

Política de cancelación: Entiendo que si no llamo antes de la cita, contará como un no-show.

Para estas citas:	**1 necesita cancelar:**
Médicos	2 horas antes de la cita
Dental	24 horas antes de la cita
Salud del comportamiento	24 horas antes de la cita
Psiquiatría	24 horas antes de la cita

Política de confirmación de citas: Entiendo que si no confirmo mi cita antes del día de la cita, será cancelada.

Acepto seguir las siguientes reglas para continuar con la relación paciente-médico:

1. Iré a todas las citas programadas a tiempo.
2. Llegaré para mi cita quince (15) minutos antes de la hora programada para completar o actualizar mi información de registro.
3. Llamaré dos (2) horas antes de la hora programada para cancelar una cita médica o veinticuatro (24) horas antes de una cita dental, psiquiatría o de salud conductual.
4. El incumplimiento de estas reglas dará lugar a que se coloque una nota en mi gráfico para un no-show.
5. Entiendo que si pierdo tres (3) citas en cualquier período de doce (12) meses que mi relación - pacientefísica puede ser terminada.

He leído y entiendo las reglas enumeradas anteriormente. He tenido la oportunidad de hacerle al personal de Centerpoint Health cualquier pregunta que pueda tener. Estoy de acuerdo en seguir estas reglas y entender las consecuencias de no hacerlo.

_____

Firma del Paciente o Parte Responsable *Relación*

Firma personal *Fecha*

Recaudación de Fondos / Publicidad/Comunicado de Medios

Yo, _____ he decidido por mi propia voluntad ser entrevistado, fotografiado y/o uso de medios de Comunicación de Centerpoint Health. Centerpoint Health no es responsable de mi decisión de hacerlo, y mantengo a Centerpoint Health inofensivo en este asunto.

_____

Firma Fecha

_____

Firma del Guardian, si el paciente es menor de 18 anos Fecha

_____

Firma del testigo Fecha

Si corresponde:

_____

Evento / Ubicación

_____

Nombre del menor

Centerpoint HEALTH

Divulgación de información de prescripción ePrescribe Program

ePrescribe es una manera para que su proveedor de atención médica envíe electrónicamente una receta precisa, libre de errores y comprensible del consultorio del médico a la farmacia. El Programa ePrescribe incluye:

- **Las transacciones de formulario y beneficios** proporcionan al proveedor del centro de salud información sobre qué medicamentos están cubiertos por su plan de beneficios de medicamentos.
- **Las notificaciones de estado de llenado** permiten que el proveedor de atención médica reciba un aviso electrónico de la farmacia informándoles si su receta ha sido recogida, no recogida o parcialmente llenada.
- **Las transacciones de historial de medicamentos** proporcionan al proveedor de atención médica información sobre posibles medicamentos y recetas anteriores. Esto permite a los proveedores de atención médica estar mejor informados sobre posibles problemas de medicación y usar esa información para mejorar la seguridad y la calidad. Los datos de la historia de los medicamentos pueden indicar el cumplimiento de los regímenes prescritos, las intervenciones terapéuticas, las interacciones farmacológicas y farmacológicas,alergias adversas y la terapia duplicada.

La información de la historia de los medicamentos puede incluir medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en Centerpoint Health, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención. Esta información puede revelar información confidencial que incluye, pero no se limita a, medicamentos relacionados con una condición de salud mental, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA, abuso de sustancias (drogas y alcohol) y enfermedades genéticas.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted está específicamente informado y consiente que las recetas se transmitan electrónicamente y conozca información sensible sobre usted puede ser revelada por la naturaleza de la receta. La farmacia receptora también está obligada a proteger esta información de salud personal sobre usted.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que su proveedor en Centerpoint Health puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y/o pagadores de beneficios de farmacia de terceros para fines de tratamiento. Puede negarse a firmar este formulario. Su elección no afectará su capacidad para recibir atención médica, pago por atención médica o sus beneficios de atención médica. También tiene derecho a recibir una copia de este formulario después de haberlo firmado. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta el día en que revoque su consentimiento. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito; sin embargo, no tendrá ningún efecto en ninguna acción tomada antes de recibir la revocación.

Entendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento para que Centerpoint Health se inscriba en el Programa ePrescribe. Tengo una comprensión completa del Programa ePrescribe. Todas mis preguntas sobre el programa fueron respondidas a mi satisfacción antes de dar mi consentimiento.

_____ _____

Nombre Legal Impreso del Paciente *Fecha de nacimiento del paciente*

Firma del Paciente o Parte Responsable *Fecha*

Consentimiento RX- *Consentimiento del paciente o de la persona autorizada: Código utilizado para indicar si el proveedor tiene una declaración firmada en el archivo que concede permiso para ver el historial de recetas de un paciente de fuentes externas.*

Centerpoint
SALUD

Derechos y responsabilidades del paciente

Como paciente, usted tiene el derecho:

- Recibir atención médica de calidad independientemente de su edad, sexo, religión, nacionalidad, preferencia sexual, discapacidad, estado de salud o estado de ingresos;
- Para una atención segura, considerada y respetuosa de todo el personal de Centerpoint Health;
- Para recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una manera que pueda entender;
- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su atención y condiciones médicas en la medida esperada y permitida por la ley, incluyendo todos los registros y comunicaciones;
- Tener necesidades especiales satisfechas, como un intérprete para ayudar con la comunicación;
- Para ser visto en un ambiente limpio y seguro;
- Tomar decisiones y dar instrucciones sobre su atención médica con anticipación y hacer que las sigan;
- Nombrar a una persona para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda tomar esas decisiones;
- Presentar una queja sobre su atención sin temor a una sanción y que su queja sea revisada y, si es posible, resuelta.

Como paciente, usted tiene la responsabilidad:

- Para proporcionar, a su leal saber y entender, información completa sobre sus síntomas, enfermedades pasadas, medicamentos y otros asuntos relacionados con su plan de atención;
- Para programar y mantener citas o llamar para cancelar su cita si no puede estar allí, dos horas antes para citas médicas y 24 horas antes para todas las demás citas;
- Notificar a Centerpoint Health cualquier cambio en la dirección, seguro o familiar;
- Proporcionar una copia actual de su tarjeta de seguro y notificar a Centerpoint Health cuando haya cambios en la cobertura del seguro;
- Hacer preguntas cuando usted no entiende explicaciones sobre su cuidado o servicios;
- Ser responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones de su proveedor de servicios;
- Ser cortés y considerado con todo el personal de Centerpoint Health y otros pacientes.

_____ _____

Firma del Paciente o Parte Responsable *Fecha*