



School-Based Health Center
2015-2016 Enrollment and Consent Form

School-Based Health Center services are only available to currently enrolled students.

School-Based Health Center Services Include: • Annual Physicals (can be used for sports) • Immunizations (shots) • Sick Visits • Health Education
• Confidential Advice • Mental Health • Referrals • Plus much more...

Services NOT Available: • Stitches • Surgery • X-rays

Benefits of using the School-Based Health Center:

- Students can receive medical services in school so parents don't have to take time off from work.
• Students will miss less classroom instruction.
• Our staff members are specialized in adolescent health care.

School-Based Health Center Hours:

Our school health clinics are open during school hours. However, if you would like us to be the primary health provider for your child then you can come to our Commerce City community clinic at 4675 E. 69th Avenue when school is closed and during school breaks. The phone number for this clinic is 303-289-1086.

Cost for Services:

There is an annual enrollment fee of \$0 to \$50 which is based on family size and income. The annual enrollment fee covers all individual appointments during the school year. Kids First Health Care bills Medicaid, CHP+, and private insurance companies when possible. If your child is uninsured, you can call 303.853.3280 for assistance in applying for Medicaid/CHP+.

2015-2016 School-Based Health Center Enrollment Form

-PLEASE WRITE CLEARLY-

ACMS KMS ACHS LAHS

Student First Name Last Name Date of Birth M F Grade
Name of Parent/Legal Guardian Preferred Language of Parent/Legal Guardian
Mailing Address City CO Zip Code
Employer
Email Address Phone Number: Cell Other
Preferred Pharmacy Name Pharmacy Address or Phone Number

Please answer all of the following questions:

Does this student have health insurance? Yes No (if yes, please provide insurance information)
Medicaid # CHP+ ID # Private Insurance Name ID#
Group # Name of the Insured
Sliding fee/discount, Clinic Name Insurance Phone Number
If this child does not have insurance is it ok for us to contact you regarding health insurance information? Yes No

Number of immediate family members in your household: Estimated family gross income for the previous month (before taxes) \$
This information is CONFIDENTIAL and will only be used by Kids First Health Care.

Patient's Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino
Patient's Race: Native American Alaskan Native Asian African American Native Hawaiian/Pacific Islander White

I have read, understand and consent to the services offered by Kids First Health Care and am requesting said services be provided to my student. I have received the Kids First Health Care Notice of Privacy Practices. I give permission to bill my health insurance carrier for services received. I agree to notify Kids First Health Care of changes in the insurance status of my child. I understand I may receive a bill for the enrollment fee from Kids First Health Care. I authorize Kids First Health to disclose all or any portion of my child's medical record to any entity pertinent to his/her health care, including but not limited to Community Reach Center (the mental health provider), the school administration, school health clerk, school nurse, Kids First Health Care staff & the student's regular medical provider. I consent for Kids First Health Care staff to have access to my child's attendance, immunization and other school records that may assist the staff in helping my child. I understand that Kids First Health Care maintains electronic medical records. I authorize electronic download of eligibility and medication history information.

I am enrolling this student in the school-based health center. Yes No

X
Parent/Legal Guardian Signature Date

For Staff Use Only
Enrollment Code fee \$ Paid: Yes/No/Medicaid
< 200% of FPL: Yes/No Information in IC Info in EMR

Students under age 18 must have a signed parent/guardian consent form on file to receive most Kids First Health Care services. According to Colorado state laws, parental consent is not required for mental health counseling for youth 15 years and older and for confidential services for youth of any age.



Centro de Salud Escolar
Formulario de inscripción y consentimiento 2015-2016

Los servicios de la clínica escolar son disponibles para los estudiantes actualmente inscritos.

Servicios Médicos Incluyen: • Físico Anual (puede utilizarlo para el deporte) • Inmunizaciones (vacunas) • Visitas por enfermedad • Educación de Salud
• Consejo Confidencial • Salud Mental • Referencias • y mucho más...

Servicios que NO son Disponibles: • Puntadas • Cirugías • Radiografías

Ventaja de Utilizar la Clínica Escolar:

- Los estudiantes pueden recibir servicios médicos en la escuela para que los padres no tengan que pedir permiso para salir de su trabajo.
• Los estudiantes faltan a menos clases.
• Nuestro personal es especializado en cuidado médico de adolescentes.

Horario de la Clínica Escolar:

Nuestras clínicas están abiertas durante el horario escolar. Pero si usted gusta que nosotros seamos el proveedor medico principal de su niño(a) puede ir a nuestra clínica comunitaria en Commerce City en 4675 E. 69th Avenue cuando la escuela este cerrada o durante las vacaciones escolares. El número de teléfono de esta clínica es 303-289-1086.

Costo por Servicios Médicos:

Hay una cuota anual de \$0 a \$50 que es basado en el tamaño familiar e ingreso mensual. La cuota anual de inscripción cubre toda cita individual durante el año escolar. Kids First Health Care facture las compañías de los seguros médicos directamente siempre que sea posible. Si su niño(a) no tiene seguro médico, puede llamar al 303.853.3280 para ayuda en aplicar por el Medicaid/CHP+

2015-2016 FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

-FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE-

ACMS KMS ACHS LAHS

Form fields for student and parent information: Nombre del Estudiante, Apellido, Fecha de Nacimiento, Nombre del Padre o Tutor Legal, Idioma Preferida del Padre o Tutor Legal, Dirección de Correo, Ciudad, CO, Código Postal, Nombre del Lugar Donde Trabaja, Correo Electrónico, Numero de Teléfono: Celular, Otro, Nombre de Farmacia Preferida, Dirección o teléfono de la farmacia

Por favor, conteste todas las preguntas siguientes:

Insurance and medical history questions: ¿Este estudiante tiene seguro médico?, Medicaid #, CHP+ ID #, Nombre del Seguro Médico Privado, N° ID del seguro, N° de grupo, Nombre del asegurado, Descuento, Nombre de Clínica, Teléfono de la compañía aseguradora, Si el niño no tiene seguro, ¿le parece bien que nos comuniquemos para informarle de seguros de salud?

Numero de familiares inmediatos en su hogar: Estimado del ingresos mensual de la familia (antes de impuestos) \$

Esta información es CONFIDENCIAL y solo será utilizada por la clínica Kids First Health Care.

Ethnicity and race questions: Origen étnico del paciente, Raza del paciente

He leído, entiendo, y doy consentimiento a los servicios que ofrece la clínica Kids First Health Care y solicito que los mismos le sean proporcionados a mi hijo(a). He recibido el aviso de las prácticas de privacidad de Kids First Health Care. Doy mi autorización para que se facturen a mi seguro médico por los servicios recibidos. Estoy de acuerdo con notificar a Kids First Health Care de cualquier cambio en el seguro médico de mi hijo(a). Entiendo que puedo recibir una factura por la cuota de inscripción de Kids First Health Care. Autorizo a Kids First Health Care a revelar todo o cualquier parte del expediente médico de mi hijo(a) a cualquier entidad relacionada con su atención médica, incluidos, entre otros, el Community Reach Center (servicios de salud mental), la administración de la escuela, la asistente de salud de la escuela, la enfermera de la escuela, el personal de Kids First Health Care y el proveedor medico regular del estudiante. Estoy de acuerdo con que el personal de Kids First Health Care que tenga acceso a los registros escolares de asistencia, vacunas y otros que le sirvan al personal para atender a mi hijo. Entiendo que Kids First Health Care mantiene expedientes médicos electrónicos. Autorizo la descarga electrónica de información sobre elegibilidad y el historial de medicamentos recetados.

Estoy inscribiendo a este estudiante en el centro de salud ubicado en la escuela. Sí No

For Staff Use Only: Enrollment Code, fee \$, Paid: Yes/No/Medicaid < 200% of FPL: Yes/No, Information in IC, Info in EMR

Firma del padre o tutor legal Fecha

Alumnos menores de 18 años de edad deben tener un formulario de consentimiento firmado por sus padres/tutor legal en archivo para recibir la mayoría de los servicios de la clínica escolar. Según las leyes estatales de Colorado, el consentimiento parental no se requiere para la salud mental que aconseja para los jóvenes mayores de 15 años y para los servicios confidenciales para los jóvenes de cualquier edad.