CLINICA DE DOCTORES PLUS KIDS CUIDADO

850 West Beaver Creek Blvd / PO Box 8432

Avon, CO 81620 (970) 328-2905 / (970) 688-7101 (f)

Centro Escolar Basada en Salud (SBHC) INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES Y FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Esta forma se matricula el estudiante en los programas de salud física, mental y oral del SBHC.

Nombre de la escuela (donde está inscrito para Estudiantes): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo:  M F Grado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carrera  indio americano o de Alaska Asiático Nativo    caucásica Negro o afroamericano

 Hawiian o las Islas del Pacífico Nativo  Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  negó a responder

Origen étnico:   hispana no hispanos  Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  negó a responder

Información de Padres (Circule uno: Padre o Tutor)

/ Tutor Padres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante el día / Trabajo: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal:  Igual Estudiante

                   Otros Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                 Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (que no sean los padres)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante el día / Trabajo: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Designado Alternativa Cuidador  I (Nombre del Padre / Guardián), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, designar al siguiente individuo como un cuidador alternativo de mi niño que puede transportar y / o autorizar la atención médica en nombre de mi hijo. Identificación con foto puede ser requerida al momento del servicio.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante el día / Trabajo: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 me niego a designar a un cuidador alternativo.

El consentimiento del padre / tutor para el Tratamiento

¿El paciente actualmente recibe el cuidado?   Médico Conductual-Mental   Ninguno Dental

 Mi niño no recibe atención médica regular de cualquier otro proveedor.

 Mi hijo recibe atención médica regular a partir de la siguiente proveedor (s) (médico / clínica):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como padre / tutor, para este paciente, doy mi consentimiento para que mi hijo 1) recibir atención según sea necesario en el SBHC, 2) recibir servicios de coordinación de la atención y 3) para cualquier y todos los registros y la información que la medicación prescriptiva para obtener y / o liberado hacia y desde el proveedor (s) anterior según sea necesario para el cuidado necesario por el SBHC.

El tratamiento de los menores en Colorado

Entiendo que se hará todo lo posible para ponerse en contacto conmigo antes de cualquier tratamiento que requiere consentimiento de los padres de acuerdo con la ley del estado de Colorado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (padre, tutor o menor emancipado) Fecha

Escuela Centro de Salud (SBHC) INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES Y FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (página 2)

Información de Seguros: ¿Tiene un seguro de salud, Medicaid o CHP +? Sí / No (círculo)

Seguros Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Medicaid CHP +  Seguros Privados

Identificación / Número de Póliza Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TODA LA ESCUELA DE COLORADO CENTRO DE SALUD BASADOS copagos DEDUCIBLES SND se renuncian POR LA LEY!

Salud Información de lanzamiento (OPCIONAL)

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD POR Y ENTRE ESCUELAS DEL CONDADO DE EAGLE (ECS)

 doy mi consentimiento para liberar cualquier / todos los registros ECS médicos / dentales (Escuela de alimentación u otros registros) con respecto a mi niño de ECS para el SBHC para el cuidado y tratamiento de mi hijo por el SBHC y su proveedor (s);

 me Herby consentimiento para liberar cualquier / toda la educación especial ECS y / o registros de salud del comportamiento (Escuelas de energía o cualquier otra fuente) con respecto a mi niño de ECS para el SBHC para el cuidado y tratamiento de mi hijo por el SBHC y su proveedor (s );

 me Herby consentimiento para liberar cualquier / todos los registros de salud médica / dental / conductual SBHC con respecto a mi hijo desde el SBHC para ECS para la atención continua y el tratamiento de mi hijo mientras está en la escuela a ECS o para el beneficio o el propósito del siguiente programa SBHC (s), el programa de ECS / SBHC (s) y / o proveedor de SBHC / ECS (s):

 Plan de Educación Independiente  En Medicación Escuela / Cuidado / Plan de Tratamiento  Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La confidencialidad (HIPAA Privacy)

Entiendo que / mi historia clínica del paciente, incluyendo esta información es confidencial registro, médica protegida por HIPAA (Ley Federal) y no puede ser compartida sin el consentimiento legal del paciente o representante del paciente. Reconozco que he tenido la oportunidad de leer la divulgación HIPPA publicado en la oficina o proporcionado a mí en una forma separada a petición mía y entiendo los términos y condiciones de la privacidad, ya que se aplica a este / mi Historia Clínica del Paciente.

Política Financiera (El pago se realizará cuando se prestan los servicios.)

Yo entiendo que tengo la responsabilidad financiera para el pago de esta cuenta y si el interés aplicable es necesario, el costo de las colecciones y los honorarios del abogado. Si opto por pagar en efectivo, pago en su totalidad puede ser requerida en la fecha de servicio. Para los pacientes 'con seguro podemos recopilar todas las cantidades debidas por los términos de la política a que presenten sus reclamaciones de seguros con renuncia a cualquier co-pago (si procede) o cualquier deducible aún no satisfecha. Vamos a recoger y / o presentados por estos términos para todos los seguros dentro de la red. Si usted está fuera de la red vamos a reunir y presentar por el importe total de la visita.

Asignación de Seguros, Autorización para divulgar información médica y Responsabilidad Financiera.

Entiendo que soy responsable por el pago de servicios y por la presente asigno todos los beneficios a los que soy o pueda tener derecho en virtud de cualquier y todos los seguros aplicables a los médicos de la Clínica Plus Care / Kids. Además, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios en el caso de mi seguro no paga o proporcionar beneficios.

Este orden se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por escrito.

Una copia de este acuerdo se considerará como un original. Entiendo que mis registros médicos son información confidencial y acuerdan autorizar a los médicos de la Clínica Plus Care / Niños para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Fecha