



Bienvenido al centro de salud basado en la escuela de HealthSource

Para su comodidad, puede completar estos documentos directamente en su computadora. Puede firmar electrónicamente el formulario o imprimir y firmar los formularios. Puede devolverlos al centro de salud mediante:

- Envío de formularios firmados por correo electrónico a sbhc.consent@hsohio.org
- Enviar formularios impresos con su estudiante a la escuela O dejarlo en el centro de salud
- Imprimir y enviar por fax los formularios a 513-436-0470

Tenga en cuenta que es posible que los documentos que envíe electrónicamente no estén protegidos hasta que HealthSource los reciba y los guarde en nuestro sistema. Reconocemos que estos formularios solicitan información privada sobre usted y su hijo. Por favor, haga la elección que sea mejor para su familia.

- La programación puede retrasarse si faltan documentos o la información es ilegible

Información del paciente y consentimiento para los servicios						
Fecha:	Apellido del paciente:		Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
Escuela del paciente:			Maestro y Salón hogar:		Grado:	
Dirección del paciente:			Número de teléfono del paciente:		Identificación del Estudiante #:	
Información del seguro (presente todas las tarjetas de seguro y una identificación con foto a la recepcionista):						
Seguro médico:	Poliza #:	Grupo #:	Fecha de vigencia:	Copago:	Titular de la póliza:	Relación:
Seguro dental:	IDENTIFICACIÓN:	MMIS#:	Fecha de vigencia:	Copago:	Suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:
Seguro de la vista:	Poliza #:	Grupo #:	Fecha de vigencia:	Copago:	Titular de la póliza:	Relación:

¿Es su hijo un paciente actual de HSO?

SÍ, mi hijo es un paciente actual de HSO y es visto por _____ en _____.
Clínico de HSO Ubicación de HSO

¿Da su consentimiento informado para que su hijo participe en los servicios escolares de HSO?

SÍ, Doy mi consentimiento informado para que mi hijo participe en los siguientes servicios escolares de HSO:

* Marque en qué servicios desea que participe su hijo:

- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Dental Móvil | <input type="checkbox"/> Servicios de telesalud |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Visión | <input type="checkbox"/> Visión móvil | <input type="checkbox"/> Todos |

NO, No deseo que mi hijo reciba ningún servicio.

PARE Y FIRME AQUÍ:

Firma del padre/tutor o paciente/estudiante
Firma (Solo si es mayor de 18 años)

Nombre impreso del padre/tutor o paciente/estudiante
Firma (Solo si es mayor de 18 años)

Fecha



Consentimiento para tratamiento médico/dental/de la vista/salud del comportamiento

Busco atención médica, dental, de la vista o de salud conductual y acepto recibir esta atención de HealthSource of Ohio y los proveedores empleados por HealthSource of Ohio. Esto puede incluir servicios médicos, dentales, de la vista o conductuales médicamente necesarios prestados por médicos empleados, dentistas y proveedores de salud aliados, incluidos proveedores autorizados como trabajadores sociales, enfermeras practicantes y enfermeras clínicas especialistas. Entiendo que:

- a. La práctica de la medicina, la odontología, la cirugía y la salud del comportamiento no es una ciencia exacta y reconoce que el tratamiento puede implicar riesgos tales como complicaciones potencialmente mortales, incluida la muerte, además de beneficios, y que puede haber alternativas a los tratamientos recomendados. Reconozco que esta oficina y HealthSource of Ohio no me han dado ninguna garantía sobre los resultados de los exámenes y tratamientos.
- b. Normalmente, excepto en casos de emergencia o circunstancias extraordinarias, no se realizan procedimientos importantes en un paciente a menos y hasta que haya tenido la oportunidad de discutirlos con el proveedor. Los pacientes de salud conductual tendrán la oportunidad de discutir los planes de atención con el proveedor.
- c. Siempre debo pedirle a mi médico o proveedor que me explique cualquier parte de mi cuidado o tratamiento que no entienda y tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas a mi entera satisfacción.
- d. Tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier procedimiento recomendado o curso de tratamiento.
- e. No tomaré parte en ningún procedimiento experimental, tratamiento o investigación sin pleno conocimiento y acuerdo.
- f. HealthSource of Ohio es un centro de salud calificado federalmente y ofrece una tarifa reducida a los pacientes elegibles y sus familias según el tamaño de la familia y los ingresos. Los médicos, los proveedores y el personal de HealthSource pueden considerarse empleados federales en virtud de la Ley de Asistencia para Centros de Salud con Respaldo Federal de 1992 y 1995.
- g. Es posible que en esta oficina haya personal médico, dental, de enfermería, de salud conductual y otro personal de atención médica que aún esté en capacitación. Entiendo que pueden estar presentes y participar en mi cuidado.
- h. Puedo negarme a firmar esto si lo deseo.

Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida (PHI) para tratamiento, pago y operaciones

Entiendo que HealthSource of Ohio (HSO) crea, recibe y mantiene información médica y de atención médica sobre mí o el paciente mencionado anteriormente, como parte de la atención médica (PHI). Ejemplos de esta información incluyen historial de salud, resultados de pruebas, diagnósticos, órdenes de proveedores para tratamiento y referencias, y documentación de visitas al consultorio. Esta información se utiliza para varios propósitos, tales como:

- a. Planificar mi atención y tratamiento y comunicarme con los proveedores de atención médica que me atienden.
- b. Documentación de servicios para facturar cualquier seguro o programa de beneficios del gobierno (Medicare o Medicaid) por los costos de mi atención y el pago de esos costos.
- c. Operaciones HSO. Incluyendo verificar la calidad de mi atención, revisar la forma en que mis proveedores me atienden y enviar los datos requeridos por las agencias de atención médica federales y estatales.

Reconocimiento de recibo de practicas de privacidad.

Reconozco que he recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HSO, que tiene más información sobre cómo HSO usa y divulga mi PHI y que puedo revisar este Aviso antes de firmar este formulario. Dado que HSO puede cambiar este Aviso, también puedo solicitar que HSO me envíe la última copia del Aviso para revisar. Puedo negarme a firmar esto si lo deseo.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi PHI por parte de HSO a afiliados, terceros, aseguradoras, programas gubernamentales de atención médica, otros proveedores de atención médica y otras organizaciones a quienes las Reglas de privacidad actuales de HIPAA permiten la divulgación en 45 CFR Partes 160 y 164f y modificado con el tiempo.

Doy mi permiso para que HSO divulgue mi PHI a las siguientes organizaciones comunes para servicios, pago de servicios, para cumplir con los requisitos del gobierno o para ayudar en Reconocimiento de recibo de practicas de privacidad para recibir atención de otro proveedor. Entiendo que mis registros de salud pueden contener información sobre pruebas y/o condiciones de enfermedades de transmisión sexual, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), abuso de sustancias y tratamiento de salud mental/conductual. Entiendo que esta lista no cubre todas las situaciones en las que se puede usar o divulgar mi PHI:

- a. Oficinas y agentes de Medicare o Medicaid
- b. mi compañía de seguros
- c. Médicos, hospitales, agencias domiciliarias, cuidados a largo plazo y otros centros y servicios de atención médica seleccionados por mí
- d. Funcionarios de salud escolar como parte de los programas de salud escolar
- e. Departamentos de salud del condado/estado y agencias de salud pública
- f. Programa de mujeres, bebés y niños (WIC) y Programa de salud maternoinfantil

Entiendo que puedo revocar (retirar) este Consentimiento por escrito, entregando un aviso por escrito a HealthSource of Ohio en 424 Wards Corner Rd. Suite 200 Loveland, OH 45140, Attn: Oficial de privacidad. Su decisión entrará en vigencia treinta (30) días después de que recibamos su notificación. La información utilizada y divulgada por HSO antes de recibir su revocación no está cubierta por la revocación.

Reconozco que se me ha explicado completamente el formulario de consentimiento para el tratamiento anterior y entiendo toda la información que se aplica al tratamiento de atención médica por parte de HealthSource of Ohio y los proveedores y el personal de esta oficina.

Declaración de reconocimiento y responsabilidad financiera

1. Entiendo que, en última instancia, soy el responsable del pago de todos los servicios de atención médica prestados por HealthSource of Ohio.
2. Por la presente, autorizo que la asignación de los beneficios del seguro, incluidos Medicare o Medicaid, vencidos y pagaderos por los servicios de salud prestados a mí (o a mi dependiente) se paguen directamente a HealthSource of Ohio.

Reconocimiento

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado y entiendo la información que se indica a continuación, tal como me la proporcionó HealthSource of Ohio.

1. Reconocimiento de recibo de practicas de privacidad
2. Consentimiento para tratamiento médico/dental/de salud conductual
3. Consentimiento para la divulgación de información de salud protegida (PHI) para pagos y operaciones de tratamiento
4. Declaración de reconocimiento y responsabilidad financiera
5. Consentimiento para los servicios del centro de salud basado en la escuela

PARE Y FIRME AQUÍ:

Firma del padre/tutor o paciente/estudiante

Firma (Solo si es mayor de 18 años)

Nombre impreso del padre/tutor o paciente/estudiante

Firma (Solo si es mayor de 18 años)

Fecha

Información del paciente						
Fecha:	Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	MI:	Apodo:	NSS:	Fecha de nacimiento del paciente:
Género de nacimiento: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Sexo actual: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Idioma preferido:	Religión:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Estado del estudiante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo parcial
Dirección de facturación del paciente (parte responsable):						
Residencia del paciente (si es diferente):						
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Fumador <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad visual	Recibe notificaciones por: <input type="checkbox"/> Optar por no <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de voz	Marca qué número de contacto prefieres: <input type="checkbox"/> Teléfono móvil # _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de casa # _____ <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo # _____			Dirección de correo electrónico del padre/tutor:	
Nombre del contacto de emergencia:		Relación de contacto de emergencia:			Número de teléfono de contacto de emergencia:	
Enumere la persona o personas autorizadas por usted para discutir, recibir o acceder a su información médica:						
Apellido:		Primer nombre:		Relación con el paciente:		
Apellido:		Primer nombre:		Relación con el paciente:		
Estadísticas requeridas para los informes gubernamentales:						
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola migrante <input type="checkbox"/> Barrera del idioma	Carrera: <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico			<input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Más de uno	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/latino No hispano/latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Rechazar	
Información Financiera – Responsable (requerido para pacientes menores de 18 años y cuando el garante no es el paciente):						
Apellido:	Primer nombre:	MI:	NSS:	Fecha de nacimiento:	Relación:	
Información del seguro (presente todas las tarjetas de seguro y una identificación con foto a la recepcionista):						
Es política de HealthSource of Ohio proporcionar servicios esenciales a quienes no tienen medios o tienen medios limitados para pagar sus servicios médicos (sin seguro o con seguro insuficiente). Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.						
* Con propósito a la asistencia, la familia se define como: un grupo de dos o más personas, emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; todas esas personas, incluidos los miembros de la subfamilia emparentada, se consideran miembros de una familia.						
Sección a): Ingreso total combinado de todas las personas que trabajan en el hogar.						
Sección b): ¿Con qué frecuencia le pagan?						
Sección c): Cualquier ingreso adicional recibido en el hogar.						
Sección d): Número total de personas que sustentan los ingresos del hogar.						
Toda la información se mantendrá confidencial.						
(a) Hogar total ingresos antes de impuestos:	(b) ¿Con qué frecuencia le pagan? <input type="checkbox"/> Cada hora <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Anual		Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensual		(c) Otros Ingresos:	(d) Número total de personas sustentadas por ingresos:

Información del paciente					
Fecha:	Apellido del paciente:	Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento del paciente:	
Proveedor de atención primaria del paciente:	Farmacia preferida:			Número de teléfono de la farmacia:	
Historial médico de salud					
¿Tienen alguna alergia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, enumere los medicamentos, alimentos, plantas, etc. Y su reacción a cada uno:	
¿Actualmente toman algún medicamento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, enumere los suplementos con receta, de venta libre o a base de hierbas y la dosis que toman:	
¿Existe un historial de salud de:	Paciente Sí	Familia Sí		Paciente Sí	Familia Sí
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayo con el ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo ácido/GERD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia/trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad mental/Comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precocidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol, Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conmoción cerebral, lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno convulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño/ronquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carrera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPI-Pen necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eccema/Condición de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección del tracto urinario (frecuente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias Ambientales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de peso (bajo/sobrepeso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Historial de la visión			Otro, por favor explique:		
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas con la visión cercana o lejana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gafas/Contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Preocupaciones de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fecha del último examen de la vista:					
Historia Quirúrgica					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apendectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adenoidectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesárea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reparación de hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Histerectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirujía de ojo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalectomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tubos para los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:		

Información del paciente			
Fecha:	Apellido del paciente:	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Historial de salud dental			
Motivo de la visita de hoy:			
Dentista anterior:		Fecha de la última atención dental:	
¿Qué se hizo en ese momento?		¿Alguna complicación del tratamiento dental anterior?	
Por favor marque si tienen o han tenido alguno de los siguientes:			
<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Rechinar los dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío o a los dulces	
<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> Hacer clic o hacer estallar la mandíbula	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al calor	
<input type="checkbox"/> Dientes rotos o empastes	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal	<input type="checkbox"/> Sensibilidad al morder	
<input type="checkbox"/> Recogida de alimentos entre los dientes.	<input type="checkbox"/> Diente flojo	<input type="checkbox"/> Llagas o crecimientos en la boca	
Historial de salud dental		SÍ	NO
¿Están ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique el nombre, el teléfono y la dirección del médico:
¿Están bajo el cuidado de un especialista en manejo del dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique el nombre, el teléfono y la dirección del especialista en dolor:
¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique la fecha aproximada:
Solo mujeres. ¿Están embarazadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique el número de semanas y la fecha de vencimiento:
Solo mujeres. ¿Están amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Usa anticonceptivos hormonales (píldoras, inyecciones, IUD) o reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:		<input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir.	
<input type="checkbox"/> Anestésicos locales (medicina para adormecer)		<input type="checkbox"/> Rieles	
<input type="checkbox"/> Aspirina		<input type="checkbox"/> Goma de látex)	
<input type="checkbox"/> Penicilina, Amoxicilina, Augmentin		<input type="checkbox"/> Yodo	
<input type="checkbox"/> Otros antibióticos (especificar)		<input type="checkbox"/> Fiebre del heno/estacional	
<input type="checkbox"/> Medicamentos de sulfá (por ejemplo, Bactrim)		<input type="checkbox"/> Alimento	
<input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos		<input type="checkbox"/> Otro	
En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, especifique y explique la reacción:			
Profilaxis de la endocarditis bacteriana subaguda			
Por favor marque si tienen/han tenido alguno de los siguientes:			
<input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial		<input type="checkbox"/> Endocarditis infecciosa previa	
<input type="checkbox"/> Receptor de trasplante de corazón con enfermedad valvular cardíaca		<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita	
1) reparado completamente en los últimos 6 meses; 2) CC reparada con defectos residuales; 3) CC cianótica no reparada			
<i>* Excepto por las condiciones enumeradas anteriormente, ya no se recomienda la profilaxis con antibióticos para ninguna otra forma de CHD.</i>			
Información médica		SÍ	NO
Reemplazo de la articulación: ¿Ha tenido un reemplazo ortopédico total de la articulación (cadera, rodilla, hombro, codo, tobillo)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En caso afirmativo, indique la fecha y si hubo alguna complicación:	
¿Su cirujano le ha recomendado específicamente tomar antibióticos antes del tratamiento dental?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bisfosfonatos: ¿Está tomando o tiene previsto tomar alguna forma de bisfosfonato?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En caso afirmativo, indique la fecha en que comenzó o comenzará el tratamiento:	
¿Usan sustancias controladas (drogas) o tienen antecedentes de abuso de drogas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En caso afirmativo, especifique:	
¿Actualmente están tomando Suboxone o Subutex?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En caso afirmativo, indique el médico que lo recetó y el teléfono:	
¿Utilizan tabaco (fumar, rapé, mascar)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Han usado productos de tabaco en el pasado?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En caso afirmativo, ¿por cuántos años?	
¿Consumen bebidas alcohólicas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas alcohólicas suelen tomar en una semana?	