

Estimado padre/madre o tutor:

La Clínica de la Escuela del Condado de Clark, Bluegrass Community Health Center, es una oportunidad única para el Condado de Clark. Ofrece acceso a atención médica a los estudiantes y miembros de la comunidad a la que de otro modo no tendrían. Trabajamos todo el año, incluso cuando la escuela no está abierta. Trabajamos con los enfermeros de la escuela, maestros, padres y proveedores anteriores y actuales de su hijo para darle atención médica, salud conductual y servicio de coordinación de recursos. Prestamos nuestros servicios a los estudiantes sin que importe si tiene seguro médico o capacidad de pago. Cuando sea posible se le facturará al seguro. El centro médico puede compartir información sobre el tratamiento a terceros con fines de facturación. Complete el paquete de registro que se incluye para solicitar los servicios con descuento.

Los estudiantes deben tener autorización por escrito de sus padres para recibir servicios que incluyan el tratamiento de enfermedades, atención de urgencia y para ayudarlos a manejar condiciones crónicas a través de la Clínica de la Escuela del Condado de Clark. Los padres/tutores son siempre bienvenidos a las citas; sin embargo, no es necesario que estén presentes. Se garantiza confidencialidad entre el estudiante, los padres y el centro médico. Por ley, se necesita que el estudiante firme una autorización antes de revelar información a cualquier persona, incluyendo a los padres/tutores. El personal animará a todos los estudiantes a involucrar a sus padres/tutores en las decisiones de atención médica.

Complete y firme el formulario adjunto y envíelo a la escuela con el estudiante. Esperamos poder trabajar con usted y con su hijo este año. Los padres pueden comunicarse con Bluegrass Community Health Center si tienen alguna preocupación para que podamos darle la mejor atención médica a cada estudiante. Siempre estamos disponibles para responder preguntas/preocupaciones y agradecemos sus comentarios.

Atentamente,

Alan S. Wrightson, MD
Director Ejecutivo
Bluegrass Community Health Center

FORMULARIO DE EXENCIÓN

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS PARA CCSC (Clínica de la Escuela del Condado de Clark)

Soy el tutor del menor mencionado arriba. Doy autorización a la Clínica de la Escuela del Condado de Clark, Bluegrass Community Health Center, para que atienda al menor en mi ausencia. Las intervenciones en casos de crisis y la atención de emergencia no necesitan autorización. En situaciones de emergencia, los procedimientos se iniciarán sin consentimiento previo.

Bluegrass Community Health Center puede atender a mi hijo para lo siguiente:

Marque el tipo de servicio que quiere que su hijo reciba.

_____ **TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS:** autorizo a la Clínica de la Escuela del Condado de Clark, Bluegrass Community Health Center, para prestarle a mi hijo servicios de evaluación y tratamiento médico y de salud conductual, incluyendo pruebas de laboratorio, medicamentos, telesalud, visitas de bienestar y vacunas.

_____ **TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS EXCEPTO VACUNAS:** NO quiero que mi hijo reciba vacunas en la clínica de la escuela.

_____ **NO APRUEBO SERVICIOS MÉDICOS:** NO quiero que mi hijo reciba NINGÚN servicio médico en la clínica de la escuela.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Escriba en letra de molde el nombre del padre/madre/tutor

Información de contacto en caso de emergencia

_____ Padre	_____ Teléfono de la casa	_____ Teléfono del trabajo	_____ Teléfono celular	_____ Correo electrónico
_____ Madre	_____ Teléfono	_____ Teléfono del trabajo	_____ Teléfono celular	_____ Correo electrónico
_____ Tutor	_____ Teléfono	_____ Teléfono del trabajo	_____ Teléfono celular	_____ Correo electrónico
_____ Alternativo	_____ Teléfono	_____ Teléfono del trabajo	_____ Teléfono celular	_____ Correo electrónico

Primer nombre del paciente	Apellido	Segundo nombre	Fecha de nacimiento del paciente:
-----------------------------------	-----------------	-----------------------	--

Mi firma da fe que soy el **Paciente** o el **padre/madre biológico/adoptivo** **tutor** o **padre/madre de crianza temporal** del paciente mencionado arriba y que estoy de acuerdo con los términos que siguen.

ACUERDO DE GASTOS

Reconozco que soy responsable de todos los gastos en que incurra yo (o cualquier persona de quien sea responsable) por los servicios prestados. Acepto pagar precios habituales por los servicios clínicos prestados.

Si tengo un plan de seguro que acepta Bluegrass Community Health Center, se le facturará a mi compañía de seguros. Autorizo que se revele cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios directamente a BCHC. Mi seguro médico puede pagar todos o parte de los cargos de BCHC. Acepto pagar el saldo de los gastos que no pague mi seguro médico.

Si estoy sin seguro, me entregarán la información completa de todos los gastos y seré responsable de esos cargos cuando reciba el servicio. Entiendo que debo pagar por anticonceptivos, exámenes de laboratorio practicados por terceros, procedimientos opcionales y vacunas antes de que se presten los servicios.

Presentaré un certificado de los ingresos del grupo familiar antes o en la primera visita y cada año si quiero inscribirme para obtener descuentos. Reportaré a BCHC cualquier cambio en los ingresos familiares o miembros del grupo familiar, ya que esta información se usará para determinar la cantidad que debo pagar.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Por este medio doy mi autorización voluntaria para la atención como paciente ambulatorio, incluyendo los procedimientos de rutina y diagnóstico. Como parte de los procedimientos o pruebas médicas, es posible que me hagan pruebas de infección por el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis o cualquier otra enfermedad infecciosa transmitida por sangre cuando mi proveedor pida dicha prueba con fines de diagnóstico y vacunas. Además, se evalúa a adultos y adolescentes de manera periódica por si tuvieran necesidades psiquiátricas, de salud reproductiva y consumo de sustancias como parte de la atención integral del paciente. Los resultados de las pruebas médicas y las opciones de tratamiento para los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias se compartirán con los padres/tutores de los pacientes adolescentes a discreción del proveedor.

Por este medio autorizo que se revele la información adquirida durante la inscripción, examen o tratamiento al personal de Bluegrass Community Health Center y a otros proveedores de atención médica con el fin de continuar el tratamiento. Por ejemplo, como los servicios médicos y de salud conductual están integrados en BCHC, entiendo que mi proveedor de atención médica puede compartir información con mi proveedor de servicios de salud conductual y viceversa, para mejorar mi tratamiento. Además, si me remiten con un proveedor externo para atención especializada u otro servicio, entiendo que la parte relevante de mi expediente médico se le enviará al proveedor para que coordine la atención.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Recibí un Aviso de las prácticas de privacidad de Bluegrass Community Health Center informándome de mis derechos sobre cómo puede usar y revelar mi proveedor de atención médica mi información médica protegida, y de las obligaciones legales y prácticas de privacidad de Bluegrass Community Health Center sobre la información médica protegida.

Firmando este formulario, acepto que recibí esta información y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o padre/madre/tutor

Fecha