



Enhancing quality of life through transformative health care for all

Formulario de Consentimiento de la Clínica Healthy Kids

*Administrado por HealthFirst Bluegrass, Inc.

*Parte de los fondos son de la Administración de Recursos y Servicios de Salud

En la escuela de su hijo (a) se encuentra una Clínica Pediátrica de HealthFirst Bluegrass, donde ofrecemos una variedad de Servicios para sus hijos los cuales son:

Visitas Por Enfermedad

Exámenes Físicos

Servicios Dentales

ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)

Exámenes Físicos Para Deportes

Vacunas

Salud Mental y Consejería

PARA PARTICIPAR:

- Firmar y devolver el paquete de consentimiento a la escuela
- Envíe copia de la Tarjeta de Seguro Médico y proporcione información de la misma.
- Complete la forma de descuento (No requerida, altamente recomendada)

Nuestros Servicios están cubiertos por Medicaid y Compañías privadas de Seguros

Si su seguro requiere de un copago o su hijo no tiene seguro, usted podría calificar para omitir cargos de Servicio basado en sus ingresos y numero de dependientes (Adjunto encontrara una forma para aplicación). Su hijo será atendido independientemente de su habilidad de **pago**.

Si usted o su hijo(a) no tienen seguro médico, por favor llame a la clínica principal al 859 288-2425 para investigar si usted o su familia califican para Medicaid, KCHIP o algunos de nuestros descuentos.

Las Clinicas Healthy Kids de Healthfirst Bluegrass proveerán servicios a su hijo independientemente de su capacidad de pago.



¡Esperamos poder atender a sus hijos y a ustedes durante este ciclo escolar!
Por favor llame a nuestra clínica para cualquier información.

Clínicas Healthy Kids:

Arlington Elementary 122 Arceme Avenue 859-381-3750	Booker T. Washington 707 Howard Street 859-381-4993	Breckinridge Elementary 2101 St. Mathilda Drive 859-381-4843	Cardinal Valley Elementary 218 Mandalay Road 859-381-3346
Harrison Elementary 161 Bruce Street 859-381-4022	Mary Todd Elementary 551 Parkside Drive 859-381-3012	Tates Creek Elementary 1113 Centre Parkway 859-381-3774	William Wells Brown Elementary 555 East Fifth Street 859-381-3172

496 Southland Drive, Lexington, Kentucky 40503

Phone: (859) 288-2425 Medical Fax: (859) 288-7510 Admin Fax: (859) 721-3918

www.healthfirstlex.com



Healthy Kids Clinic

Surrogate Form

School Based Health Centers

*Managed by HealthFirst Bluegrass, Inc.
 *Funded in part by the Health Resources and Services Administration

Persona(s) Sustituta(s) para el Cuidado de Salud

AFFIX PATIENT LABEL

Yo, _____, padre o guardián legal de _____
 Autorizo a el adulto o los adultos mencionados en la lista a seguir a que puedan traer a mi hijo(a), quien es menor de edad,
 a HealthFirst Bluegrass para recibir cuidado médico, dental y/o mental.

Dicha autorización permanecerá en efecto hasta que yo la revoque con por escrito con mi firma.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Dirección	Teléfono #	Relación con el Menor

 Firma del Padre/Guardián Legal

 Date

 Witness

 Date

 HealthFirst Bluegrass, Inc. Employee

 Date

Clínicas Healthy Kids:

Arlington Elementary 122 Arceme Avenue 859-381-3750	Booker T. Washington 707 Howard Street 859-381-4993	Breckinridge Elementary 2101 St. Mathilda Drive 859-381-4843	Cardinal Valley Elementary 218 Mandalay Road 859-381-3340
Harrison Elementary 161 Bruce Street 859-381-4022	Mary Todd Elementary 551 Parkside Drive 859-381-3012	Tates Creek Elementary 1113 Centre Parkway 859-381-3774	William Wells Brown Elementary 555 East Fifth Street 859-381-3172



Healthy Kids Clinic

School-Based Health Centers

Registration Form

Chart #: _____

School/Teacher:

INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

Apellido:		Nombres:		Fecha de Nacimiento:	Núm. de Seguro Social:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Número de teléfono de casa:	Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código postal:	

PADRE/TUTOR

Tutor 1 Apellido:	Nombres:	Relación : <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____	Paciente vive con Tutor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Fecha de Nacimiento:	
Tutor 2 Apellido	Nombres:	Relación : <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____	Paciente vive con Tutor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Fecha de Nacimiento:	

Contacto de emergencia que no sea el tutor: Número de teléfono de contacto de emergencia: Relación con el niño:

¿Cuántas personas viven en su casa? (Requerido) Ingreso anual total: Idioma:

Raza: Blanco Negro o Afroamericano Asiático Amerindio o Nativo de Alaska Nativo Hawaiano o Isleños de Pacifico

Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Farmacia de preferencia: **Dirección:**

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO:

Si tiene una Tarjeta Médica, KCHIP o Seguro Privado, por favor complete la información abajo.
La información del seguro la puede encontrar en la parte de enfrente o posterior de su tarjeta.

Nombre de la compañía de seguro:	Núm. Tarjeta Medica/Identificación/Núm. Póliza:	Núm. de Grupo:
¿A nombre de quien está la póliza? Núm. Seguro Social:	Fecha de nacimiento <u>(necesario)</u>	Relación al paciente:

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL:

Si usted tiene seguro dental por separado, por favor complete la siguiente información.
La información del seguro se puede encontrar en la parte de enfrente o posterior de su tarjeta de seguro.

Nombre de la compañía de seguro:	Núm. Tarjeta Medica/Identificación/Núm. Póliza:	Núm. de Grupo:
¿A nombre de quien está la póliza?	Fecha de nacimiento <u>(necesario)</u>	Relación al paciente:

Certifico que la información proporcionada es fiel y verdadera de acuerdo a mi mayor conocimiento.
También entiendo que al firmar este formulario, reconozco que tengo acceso a una copia de
Derechos y Responsabilidades como Paciente y Póliza de Privacidad de HealthFirst Bluegrass, Inc. ubicado en:
www.healthfirstlex.com o puedo llamar HealthFirst Bluegrass Inc. al (859)288-2425.

Firma del Padre/Tutor que tiene la custodia legal del niño:	Fecha:
Imprima el Nombre:	

Healthy Kids Clinic

Child's Name/ Nombre de su niño/a:

Child's Regular Doctor/ Doctór regular de su niño/a:

Pediatric Past Medical History / Historial Médico Pediátrico

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No Problems/Ningun Problemas <input type="checkbox"/> Asthma / Asma <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes <input type="checkbox"/> Heart Murmur/ Sopló Cardíaco <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Presión Alta <input type="checkbox"/> Anemia / Anemia <input type="checkbox"/> Thyroid Problems / Problemas de Tiroide <input type="checkbox"/> Epilepsy - Seizures / Epilepsia - Ataque epileptico <input type="checkbox"/> Febrile Seizure / Convulsión Febril (por fiebre o calentura) <input type="checkbox"/> Reflux or Gerd/ Reflujo Estomacal <input type="checkbox"/> Frequents Ear Infections / Infecciones de Oído Frecuentes <input type="checkbox"/> Urinary Problems / Problemas Urinarios <input type="checkbox"/> Appendix Removed / Extracción de Apendice <input type="checkbox"/> Tonsils Removed / Extracción de las Amígdalas (Anginas) <input type="checkbox"/> Adenoids Removed / Extracción de las Adenoides <input type="checkbox"/> Ear tubes / Tubos en los Oídos <input type="checkbox"/> Hernia / Hernia <input type="checkbox"/> List Other Surgeries/ lista de otras cirugías : | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Breathing Problems / Problemas Respiratorios <input type="checkbox"/> Frequent Sore Throats / Dolor de Garganta Frecuentes <input type="checkbox"/> Pneumonia or recurrent cough / Neumonia o tos recurrente <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedad del Riñon(es) <input type="checkbox"/> Car Crash Injury / Golpe o Herida en un Accidente de Auto <input type="checkbox"/> Head Injury / Golpe o Herida en la Cabeza <input type="checkbox"/> Fracture / Fracturas <input type="checkbox"/> AIDS - HIV / SIDA - VIH <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C / Hepatitis A, B, o C <input type="checkbox"/> Cavities or Tooth problems / Caries or Problemas de los dientes <input type="checkbox"/> Hearing problems/ Problemas de audición <input type="checkbox"/> Eye Problems/ Problemas de los ojos <input type="checkbox"/> Wear glasses / Usa Anteojos o Espejuelos <input type="checkbox"/> ADHD / Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención <input type="checkbox"/> Depression, Anxiety / Depresión, Ansiedad <input type="checkbox"/> Deveopmental Learning Problems/Problemas de desarrollo y aprendizaje |
|--|--|

Medications / Medicamentos

Does your child take any medicines? / ¿Su hijo(a) tomo medicinas? ___ Yes/ Sí ___ No/ No

If yes, please list them / Sí toma, por favor haga una lista: _____

Allergies / Alergias

Is your childe allergic to environmental factors (such as latex, bees, nuts, foods, insects, etc.)? / ?Su hijo(a) ¿tiene alergias a cosas ambientales (así como el latex, abejas, nueces, comidas, insectos, etc.)?: ___ Yes/ Sí ___ No/ No

Which One? / ¿Cuales?	What is the reaction?/ ¿Qué reacción tiene?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Is your child allergic to any medication? / ? Su hijo(a) ¿es alérgico a algún medicamento? ___ Yes/ Sí ___ No/ No

Which? / ¿Cuales?	What is the reaction?/ ¿Qué reacción tiene?
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Additional Information

1. Who does child live with? _____ Relationship to child _____
 Con quien vive el niño(a)? _____ Relacion al niño(a) _____
2. Are there any smokers in the home? Yes/ Sí No/ No
 Alguien fuma en el hogar?
3. Are you concerned about your child's weight? Yes/ Sí No/ No
 ¿Le preocupa el peso de su hijo(a)? _____
4. Do you have any other concerns? Yes/ Sí No/ No
 Usted tiene alguna otra preocupación? _____

Dental Health History

- Pain inside mouth/ swelling of face
 Difficulty opening/ closing mouth
 Bad Breath
 Have you ever had an injury to your mouth, head or neck?
 Loose teeth/ missing teeth
 Has your child sucked his/her thumb or fingers?
 Does your child receive any form of fluoride?

Historia De Salud Dental

- Dolor dentro de la boca/ inflamación en la cara
 Dificultad al abrir o cerrar la boca
 Mal aliento
 Ha tenido alguna lesion en su boca, cabeza, o cuello?
 Dientes flojos/ dolor en la boca
 Su niño(a) se chupa los dedos?
 Su niño(a) recibe cualquier forma de fluoruro?

Family History / Historial Pediatrico Médico Familiar

Family history is parents, grandparents, brothers and sisters. / Historial familiar es padre, madre, abuelos(as), hermanos y hermanas.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcoholism / Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Seizure Disorder / Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> Birth Defects / Defectos de Nacimientos |
| <input type="checkbox"/> Bleeding Disease / Enfermedad de la Sangre: Hemofilia | <input type="checkbox"/> Anemia / Anemia |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer | <input type="checkbox"/> Huntington's Disease / Enfermedad de Huntington |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> Learning Disabilities / Problemas de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease / Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Mental Retardation / Retardación Mental |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disease / Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> ADHD / Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disease / Enfermedad de la Tiroide | <input type="checkbox"/> Psychological Problems / Problemas Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Depression/Depresión | <input type="checkbox"/> Genetic Disorders / Desordenes Geneticos |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Presión Alta | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol / Colesterol Elevado | <input type="checkbox"/> Suicide / Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Stroke / Derrame o Embolia Cerebral | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Trait or Disease / Enfermedad o Rasgo de Anemia |
| <input type="checkbox"/> Migraines / Migrañas | |

To the best of my knowledge, all of the above answers and information provided are true and correct. If there is a change in my child's health or I have any health concerns or questions, I will inform the clinic.

Signature of Legal Parent/Guardian **X** _____ Date: _____

A mi mejor entender, todas las contestaciones e informacion provistas arriba son verdaderas y correctas. Si hay un cambio en la salud de mi hijo(a) o si tengo alguna preocupacion o pregunta, informaré a la clínica.

Enhancing quality of life through transformative health care for all

Formato de Solicitud para omitir cargos de servicio

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arlington | <input type="checkbox"/> Booker T. Washington | <input type="checkbox"/> Cardinal Valley | <input type="checkbox"/> Harrison |
| <input type="checkbox"/> Mary Todd | <input type="checkbox"/> Breckinridge | <input type="checkbox"/> Bates Creek | <input type="checkbox"/> William Wells Brown |

Nombre Completo del Estudiante:		Direccion de Residencia:
Fecha de Nacimiento:		
Numero de Telefono:		Ciudad, Estado, Codigo Postal:
Numero de Seguro Social:		
Numero de personas que habitan en su residencia?		Nota: Se considera miembro de familia a la persona que vive mas del 50% de su tiempo en el domicilio de residencia.

Su hijo (a) recibe almuerzo gratis o costo reducido?

SI o NO (Circule Uno)

*** Si su respuesta es SI, solo firme esta forma y entreguela!***

Si su respuesta es NO, necesitara entregar la siguiente documentacion de sus ingresos.

Usted puede proporcionar cualquiera de los siguientes documentos:

- Comprobantes de sueldo de 2 meses de cada integrante de familia que trabaje.
 - Reciente Declaracion de Impuestos
 - SSI Ingreso (Estado de Cuenta SRS)
- Compensacion al Trabajador / Cheques de Discapacidad
 - Pension Alimenticia
- Estado de Cuenta de Beneficio de Desempleo
- Carta de alguien que no viva con usted certificando que usted no tiene empleo .

DO NOT FILL OUT – ADMINISTRATION ONLY		Circle One:	100% FPL	<150% FPL	<175% FPL	<200% FPL
Income from Job or self-employment	\$	()	Per Month	()	Per Year	
Income from Social Security or Disability	\$	()	Per Month	()	Per Year	
Income from Unemployment	\$	()	Per Month	()	Per Year	
Income from Child Support	\$	()	Per Month	()	Per Year	
Income from Pension or Retirement or Fund Allowance	\$	()	Per Month	()	Per Year	
Any other source of Income	\$	()	Per Month	()	Per Year	
Total	\$	()	Per Month	()	Per Year	

Al firmar este Documento Certifico que la informacion proporcionada a HealthFirst Bluegrass es precisa.

Firma del tutor/Aplicante

Fecha