HEALTH FIRST BLUEGRASS

Consent Form

Place Label
Here

Consent for Care:

Consent will not expire until the Clinic is notified in writing that you wish to revoke.

At Health*First* Bluegrass (HFBG) it is our goal to assist patients in finding their greatest level of wellness. To do so, our provider teams consist of a variety of professionals who work together to improve both physical and emotional health. Regardless of specialty (medical, dental, and behavioral), HFBG provider teams will communicate patient information when clinically necessary.

I give my consent for _____ _____ _____

PATIENT'S FULL NAME **DATE OF BIRTH** **SOCIAL SECURITY #**

To receive any of the following services at Health*First* Bluegrass, Inc.:

1. Treatment may include screening, exams, lab tests, treatment, medicine, behavioral services, and any other studies or procedures that Health*First* Bluegrass professional staff decide are necessary or appropriate.
2. Medical evaluation at Health*First* Bluegrass may also include testing for HIV infection, Hepatitis B, or any other disease carried by blood or body fluids. These tests may be needed for diagnosis; to assist in your medical treatment, or if a health care worker is exposed to your blood, body fluids or tissue.

I give consent for Health*First* Bluegrass, Inc. staff to:

1. Obtain and/or share information and records from outside facilities including primary care practices, specialists, hospital systems, agencies, private professionals, etc.in order to provider appropriate care. HFBG is released from all liability that may arise from the release of such information.
2. Request medication history in the last 2 years through our electronic health record system.
3. Use telemedicine equipment with the service provider being located offsite. These sessions use secure, dedicated high-speed lines in accordance with applicable law, regulations, and guidelines. They are not videotaped, routed through the internet or saved in any way.

In accordance with Federal and State laws, certain types of records that are obtained and/or shared may require an additional release before health information, including psychotherapy notes, can be released.

Electronic communication:

1. Is it okay for HFBG to use an automated telephone message to remind you of your appointment (only a time, date and location will be stated)? **Please initial** **Yes_____No ____**
2. Is it okay for HFBG to contact you with appointment reminders and general communications using text messaging and/or e-mail? **Please initial** **Yes_____ No _____**

HFBG will use your statements, medical history, and other clinical information to evaluate your needs and recommend the best plan of care. No guarantees are being made as to the outcome of any exam or treatment. Please ask your treatment team all questions about risks and benefits of recommended treatments. **I understand that I have the right to and will be given an opportunity to speak to a provider regarding the patient's treatment and any risks.** **Please initial** **Yes_____ No ____**

My signature below confirms my identity and shows that I am giving my consent for treatment. If signing for a minor, my signature confirms that I am the parent or legal guardian and am consenting to the minor's treatment. I understand this consent will remain in effect until revoked. To terminate this consent, I must do so in writing.

_____ _____ _____ _____

Signature of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian **Printed Name of Person Signing** **Relationship to Patient** **Date**

Phone Number:_____ **Email:** _____

Privacy Acknowledgement

I understand that Health*First* Bluegrass shall provide a copy of their Notice of Privacy Practices upon my request.

I understand that Health*First* Bluegrass may release patient information WITHOUT permission if: 1) Patient poses a threat to him/herself or others; 2) The patient is unable to protect him/herself from risk of harm; 3) There is evidence of child abuse, neglect, and/or exploitation; 4) There is evidence of dependent adult abuse, neglect, and/or exploitation; 5) There is evidence of domestic violence; 6) Patient information is requested under court order and/or if a patient willingly enters their treatment history into a court proceeding.

Health*First* Bluegrass may be required to share your information if certain legal conditions are met. Health*First* will only share your information when required by law and will only share the minimum amount necessary. For more information, please see the Health*First* Notice of Privacy Practices Form. Health*First* Bluegrass will release your records to your insurance provider for billing and case management.

_____ _____ _____

Date **Signature of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian** **Relationship to Patient**

HEALTH *FIRST*™ BLUEGRASS

_____
Patient's Full Name

Place Label
Here

Consent for Payment

I request that payment of authorized medical insurance benefits be made to Health*First* Bluegrass on my behalf for services received.

I authorize Health*First* Bluegrass to release medical information about me to Medicare, KCHIP, Medicaid insurance and other third-party payers to determine payment for service.

I give my consent for all services listed above. I certify that I am of full capacity to execute the above authorization and release. I agree that the completed information is true to the best of my knowledge. This consent does not expire unless revoked.

_____	_____	_____
Date	**Signature of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian**	**Relationship to Patient**

Media/Photography Consent

I give consent for Health*First* Bluegrass, Inc. to use my or my child's photograph, likeness and/or voice in any way that would reasonably portray Health*First* Bluegrass, Inc. I release Health*First* Bluegrass, Inc. and any of its employees or agents from any damages in using my or my child's photograph, likeness, and/or voice. This includes but is not limited to photographs for the patient's medical record. Your photo will be taken for chart identification. Photos may also be taken for clinical documentation purposes. Photos are housed within your chart.

_____	_____	_____
Date	**Signature of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian**	**Relationship to Patient**

For Pediatric Patients Only:

School Based Clinics

HealthFirst Bluegrass has several clinics located within elementary, middle, and high schools in Fayette County. HealthFirst Bluegrass School clinics are full-service medical clinics which are open to the community in addition to servicing the students who attend those schools. The goal of the School Based Clinics (SBCs) is to assist in your child's overall well-being. Partnered with FCPS, information sharing of pertinent medical, behavioral, dental and school health will occur between appropriate FCPS staff and SBC staff.

I give consent for my child to receive any of the following services at Health*First* Bluegrass, Inc. School-Based Clinics:

1. Physical assessment of acute or chronic illnesses including assessment of growth and development.
2. Treatment of minor health problems as defined by protocol, including administration of over-the-counter medications.
3. Basic laboratory test (when needed to assess problem) such as a finger stick for anemia and blood sugar, urine test for bladder or kidney infection, throat swab/strep screen for sore throat, etc.
4. Health education and promotion to include education and counseling regarding physical, mental, and sexual health.
5. Dental examination, cleaning & home care instruction (x-rays available as needed).
6. Referrals to outside agencies for services that may not be provided at the SBC.
7. Annual physicals and immunizations with parent/guardian present.

I give consent:

1. To HealthFirst Bluegrass, Inc. staff to review my child's full school record, including attendance and other information that will assist the staff in the continuity of care and treatment of my child.
2. Communicate and disclose pertinent medical, behavioral health, dental, and school health information with appropriate Fayette County School Staff in regard to my child's success at school and in the school setting.
3. Have my child participate in on-going evaluations of the SBC program, including questionnaires and surveys. I understand that my child will not be identified in the evaluation.

Consent for health services at school clinic:

Do you give consent for your child to receive health services without an individualized notification each time prior to receiving treatment or being referred for these services? **Please initial** **Yes____ No____**

Consent for mental health services at school clinic:

Do you give consent for your child to receive mental health services without an individualized notification each time prior to receiving treatment or being referred for these services? **Please initial** **Yes____ No____**

_____	_____	_____
Date	**Signature of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian**	**Relationship to Patient**

HEALTH *FIRST*™
BLUEGRASS

Place Label
Here

For Pediatric Patients Only:

Outreach Dental Clinic Consent

The Health*First* Bluegrass dental team visit several Fayette County Public Schools to provide both preventative and restorative dental care. If your child's school has a HealthFirst Bluegrass School Based Clinic on-site, the dentist will be in the clinic once a week to complete dental exams and screenings. The mobile clinic typically visits schools once per semester for a few days at a time. They offer all facets of dentistry, including cleanings, sealants, fluoride treatments, restorations (fillings), and extractions. Our goal is to bring the dentist to you, limiting the need for missing work or your child to miss school for a dental appointment. If your child attends a school where we provide dental care, and they are scheduled to be seen by the dental team, you will be contacted verbally prior to the appointment.

I give my consent for _____ _____ _____

PATIENT'S FULL NAME **DATE OF BIRTH** **SOCIAL SECURITY #**

To receive any of the following services at Health*First* Bluegrass, Inc. Dental Clinics, including the Mobile Clinic:

1. Diagnostic and treatment procedures including clinical exams, fluoride treatment, cleanings, x-rays, silver and/or white fillings, stainless steel crowns, nerve treatment, soft tissue removal, and all local anesthesia by authorized agents and employees of Health*First* Bluegrass and the dental staff, or their designees, as may in their professional judgment be deemed necessary or beneficial. I understand that certain risks and complications may happen if my child has these procedures. These possible problems include: The possibility of discomfort during and following treatment, aspiration or swallowing a dental instrument or dental material, allergic reactions to dental materials, and other possible problems that the dentist cannot predict.

I understand that:

1. My child may need further treatment by a specialist or even hospitalization if complications arise during or following treatment, the cost of which is my responsibility.
2. When baby teeth are removed, it can cause problems for the erupting teeth and my child may need a space maintainer to keep the space open for the permanent tooth to come in. I also understand that space maintainers are not placed as a part of this program and that a referral letter will be sent home if necessary.
3. There also may be instances when treatment on a tooth cannot be immediately performed, but in order to prevent an abscess or further infection, the staff may place a topical fluoride to stop the active decay process. While there are no health risks involved, black or dark staining of the decayed surface will occur.

I authorize Health*First* Bluegrass dental personnel to apply this material at their discretion. Please initial Yes____ No____

4. These services will be provided by the dental faculty, students, hygienists and/or staff of Health*First* Bluegrass.
5. The preventive treatment (cleaning, fluoride and sealants) may be provided by a registered dental hygienist without the presence of the dentist, as outlined in general supervision legislation.
6. The dental findings for all the children as a group may be reported on and/ or published, and that, in this case, no child will be identified individually.
7. There may be instances where the DMD is unable to save a tooth when trying to restore it. In these instances, the only alternative is to extract (pull) the tooth. There are risks involved with having teeth removed. While infrequent, these risks may include: pain, excessive bleeding, infection, swelling, bruising, jaw stiffness, damage to adjacent or underlying teeth, breaking of a root tip, etc.
8. While all the individual records are held by Health*First* Bluegrass, Inc. as confidential, I understand that a list of children who need follow-up dental treatment is routinely provided to the school's Family Resource Center, so that they may assist with getting follow up care, when needed.

I authorize HealthFirst Bluegrass staff to share my child's name with the Family Resource Center at their school.

Please initial Yes____ No____

_____ _____ _____

Date **Signature of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian** **Relationship to Patient**

HEALTH *FIRST*™
BLUEGRASS

Place Label
Here

PATIENT'S FULL NAME **DATE OF BIRTH**

Consent for Additional Adult to Accompany Patient/Review Health Information

This form grants a patient or for minors, patient's parent or legal guardian, the ability to authorize someone to accompany the patient to the appointment and to provide consent to treat if the parent or legal guardian is not present at the appointment, understanding that Health*First* Bluegrass has an integrated healthcare model. For the above listed patient, this would include but is not limited to: evaluations, mental health and substance abuse treatment, lab work, prescriptions, tests, or other:_____

PHOTO IDENTIFICATON TO BE PRESENTED WITH EACH VISIT.

I,_____, HEREBY AUTHORIZE HEALTH*FIRST* BLUEGRASS TO PERMIT THE BELOW NAMED PERSON(S) TO:
(Name of Patient, Parent, Legal Agent/Guardian)

- ☐ Accompany the above-named patient for appointments
- ☐ Be released the above-named patient's health information
- ☐ Make healthcare decisions for the above-named patient

Authorized Individuals:

NAME:_____PHONE:_____RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

NAME:_____PHONE:_____RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

NAME:_____PHONE:_____RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

I understand that this authorization will remain in effect for 1 year; however, I may revoke /cancel this authorization at any time by coming to Health*First* and completing a new form.

SIGNATURE OF PATIENT:_____Date: _____

OR <if applicable>

SIGNATURE OF LEGAL GUARDIAN:_____Date: _____

DESCRIPTION OF AUTHORITY TO ACT FOR THE PATIENT: _____

NAME OF WITNESS:_____ WITNESS SIGNATURE: _____ DATE: _____

OR <if applicable>

RECEIVED IN BACKPACK ON: _____NAME OF PERSON RECEIVING IN THE CLINIC:_____

Formulario de Consentimiento

Place Label
Here

Consentimiento para la atención:

El consentimiento no caducará hasta que se le notifique por escrito a la clínica que desea revocarlo.

En Health*First* Bluegrass (HFBG) nuestro objetivo es ayudar a los pacientes a alcanzar su nivel máximo de bienestar. Para ello, nuestros equipos de proveedores están compuestos por una variedad de profesionales que trabajan en colaboración para mejorar tanto la salud física como la emocional. Independientemente de la especialidad (médica, dental y conductual), los equipos de proveedores de HFBG proporcionarán la información del paciente cuando sea clínicamente necesario..

Otorgo mi consentimiento para _____ _____ _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO** **N.° DE SEGURO SOCIAL**

Para recibir cualquiera de los siguientes servicios en las clínicas de Health*First* Bluegrass, Inc.:

1. El tratamiento puede incluir pruebas de detección, exámenes, pruebas de laboratorio, tratamiento, medicamentos, servicios conductuales y cualquier otro estudio o procedimiento que el personal profesional de HealthFirst Bluegrass decida que es necesario o apropiado.
2. La evaluación médica en HealthFirst Bluegrass también puede incluir pruebas para detectar la infección por VIH, la hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por la sangre o los fluidos corporales. Estas pruebas pueden ser necesarias para el diagnóstico; para ayudar en su tratamiento médico, o si un trabajador de la salud está expuesto a su sangre, fluidos corporales o tejidos.

Otorgo mi consentimiento para que el personal de Health*First* Bluegrass, Inc., realice lo indicado a continuación:

1. Obtener y/o compartir información y registros de los centros externos, incluidos consultorios de atención primaria, especialistas, sistemas hospitalarios, agencias, profesionales privados, etc., con el fin de proporcionar una atención adecuada. Las SBC de HFBG quedan exoneradas de toda responsabilidad que pudiera derivarse de la divulgación de dicha información.
2. Solicitar el historial de medicamentos de los últimos 2 años a través de nuestro sistema de historia clínica electrónica.
3. Utilizar equipos de telemedicina con el proveedor de servicios ubicado fuera de las instalaciones. Estas sesiones se realizan a través de líneas seguras, exclusivas y de alta velocidad de conformidad con la legislación, las regulaciones y las directrices aplicables. Las mismas no son grabadas en video, transmitidas por Internet ni guardadas de forma alguna.

De acuerdo con las leyes federales y estatales, ciertos tipos de registros que se obtienen y/o comparten pueden requerir una divulgación adicional antes de que se pueda divulgar la información de salud, incluidas las notas de psicoterapia.

Comunicación electrónica:

¿Está de acuerdo con que HFBG utilice un mensaje telefónico automático para recordarle su cita? (Solo se indicará la hora, fecha y ubicación.) **Coloque sus iniciales** **Sí**_____ **No** ____

¿Está de acuerdo con que HFBG se comunique con usted para hacerle recordatorios de sus citas y con comunicaciones generales a través de mensajes de texto o correos electrónicos? **Coloque sus iniciales** **Sí**_____ **No** ____

HFBG utilizará sus declaraciones, historial médico y demás información clínica para evaluar sus necesidades y recomendar el mejor plan de atención. No se garantiza el resultado de ningún examen o tratamiento. Hágale a su equipo de tratamiento todas sus preguntas sobre los riesgos y beneficios de los tratamientos recomendados. **Comprendo que tengo derecho y se me dará la oportunidad de hablar con un proveedor sobre el tratamiento del paciente y los posibles riesgos.** **Coloque sus iniciales** **Sí**_____ **No** ____

Mi firma a continuación confirma mi identidad e indica que doy mi consentimiento para el tratamiento. Si firmo en nombre de un menor de edad, mi firma confirma que soy el padre, madre o tutor legal y que doy mi consentimiento para su tratamiento. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado. Para ponerle fin a este consentimiento, debo hacerlo por escrito.

_____ _____ _____ _____

Firma del paciente/padre/madre/tutor **Nombre impreso de la persona que firma** **Relación con el paciente** **Fecha**

Número de teléfono:_____ **Correo electrónico:** _____

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

Place Label
Here

_____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Declaración de privacidad

Comprendo que Health*First* Bluegrass me proporcionará una copia de su Aviso de prácticas de privacidad si así lo solicito.
Comprendo que Health*First* Bluegrass puede divulgar información del paciente SIN permiso si: 1) el paciente representa una amenaza para sí mismo o para los demás; 2) el paciente es incapaz de protegerse del riesgo de sufrir daños; 3) existe evidencia de abuso, abandono o explotación infantil; 4) existe evidencia de abuso, abandono o explotación de un adulto dependiente; 5) existe evidencia de violencia doméstica; 6) la información del paciente se solicita en virtud de una orden judicial o si un paciente incluye voluntariamente su historial de tratamiento en un procedimiento judicial.

Se le podría exigir a Health*First* Bluegrass compartir su información si se cumplen ciertas condiciones legales. Health*First* compartirá su información solo cuando así lo exija la ley y solo compartirá la cantidad mínima necesaria. Para obtener más información, consulte el formulario del Aviso de prácticas de privacidad de Health*First*. Health*First* Bluegrass le proporcionará sus registros a su proveedor de seguros para fines de facturación y administración del caso.

_____	_____	_____
Fecha	**Firma del paciente/padre/madre/tutor**	**Relación con el paciente**

Consentimiento para el pago

Solicito que se le realice el pago de los beneficios autorizados del seguro médico a Health*First* Bluegrass en mi nombre por servicios recibidos. Autorizo a Health*First* Bluegrass a revelar información médica sobre mí a Medicare, KCHIP, Medicaid y otros terceros pagadores para determinar el pago por los servicios.

Otorgo mi consentimiento para todos los servicios indicados anteriormente. Certifico que tengo plena capacidad para firmar la presente autorización y liberación. Declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es veraz. Este consentimiento no caduca a menos que sea revocado.

_____	_____	_____
Fecha	**Firma del paciente/padre/madre/tutor**	**Relación con el paciente**

Consentimiento para medios de comunicación/fotografía

Doy mi consentimiento para que HealthFirst Bluegrass, Inc. use mi fotografía, imagen y/o voz o la de mi hijo de cualquier manera que represente razonablemente a HealthFirst Bluegrass, Inc. Libero a HealthFirst Bluegrass, Inc. y a cualquiera de sus empleados o agentes de cualquier daño al usar mi fotografía, imagen y/o voz o la de mi hijo. Esto incluye, entre otros, fotografías para el registro médico del paciente. Se le tomará una foto para la identificación de la carta. También se pueden tomar fotos con fines de documentación clínica. Las fotos se alojan en el expediente médico.

_____	_____	_____
Fecha	**Firma del paciente/padre/madre/tutor**	**Relación con el paciente**

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

Place Label
Here

_____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Solo para pacientes pediátricos:

Clínicas Escolares

HealthFirst Bluegrass tiene varias clínicas ubicadas dentro de las escuelas primarias, intermedias y secundarias del condado de Fayette. Las clínicas de HealthFirst Bluegrass School son clínicas médicas de servicio completo que están abiertas a la comunidad, además de atender a los estudiantes que asisten a esas escuelas. El objetivo de las Clínicas Basadas en la Escuela (SBC, por sus siglas en inglés) es ayudar en el bienestar general de su hijo. En asociación con FCPS, se compartirá información sobre la salud médica, conductual, dental y escolar pertinente entre el personal apropiado de FCPS y el personal de SBC.

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba cualquiera de los siguientes servicios en las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc.:

1. Evaluación física de enfermedades agudas o crónicas, incluida la evaluación del crecimiento y el desarrollo.
2. Tratamiento de problemas de salud menores según lo definido por el protocolo, incluida la administración de medicamentos de venta libre.
3. Pruebas básicas de laboratorio (cuando estas sean necesarias para evaluar el problema), como punción en el dedo para detectar anemia y azúcar en la sangre, análisis de orina para detectar infecciones de vejiga o de riñón, frotis faríngeo/análisis de estreptococos por dolor de garganta, etc.
4. Información y promoción de la salud que incluya información y asesoramiento sobre salud física, mental y sexual.
5. Examen dental, limpieza e instrucciones para el cuidado en casa (rayos X disponibles según sea necesario).
6. Remisiones a agencias externas para servicios que pueden no prestarse en las SBC.
7. Exámenes físicos y vacunas anuales con la presencia del padre/de la madre/del tutor.
8. Pruebas para la detección de infección por VIH, hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por la sangre o fluidos corporales, si dichas pruebas son necesarias para el diagnóstico, para ayudar en mi tratamiento médico o si un trabajador de atención médica se expone a mi sangre, fluidos corporales o tejidos.

Doy mi consentimiento:

1. Al personal de HealthFirst Bluegrass, Inc. Para Revisar el expediente escolar completo de mi hijo, incluida la asistencia y demás información que ayude al personal en la continuidad de la atención y el tratamiento de mi hijo.
2. Comunicar y divulgar información médica, de salud conductual, dental y de salud escolar pertinente con el personal apropiado de Fayette County School en relación con el éxito de mi hijo en la escuela y en el entorno escolar.
3. Hacer que mi hijo participe en evaluaciones continuas del programa de las SBC, incluidos cuestionarios y encuestas. Comprendo que mi hijo no será identificado en la evaluación.

Consentimiento para servicios de salud en la clínica escolar:

1. ¿Otorga usted su consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud sin una notificación individualizada cada vez antes de recibir tratamiento o de ser remitido para dichos servicios? Coloque sus iniciales Sí ____ No ____

Consentimiento para servicios de salud mental en la clínica escolar:

1. ¿Otorga usted su consentimiento para que su hijo reciba servicios de salud mental sin una notificación individualizada cada vez antes de recibir tratamiento o de ser remitido para dichos servicios? Coloque sus iniciales Sí ____ No ____

_____	_____	_____
Fecha	**Firma del paciente/padre/madre/tutor**	**Relación con el paciente**

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

Place Label
Here

Solo para pacientes pediátricos:

Consentimiento de la clínica dental de alcance

El equipo dental de HealthFirst Bluegrass visita varias escuelas públicas del condado de Fayette para brindar atención dental preventiva y restaurativa. Si la escuela de su hijo tiene una clínica escolar de HealthFirst Bluegrass en el lugar, el dentista estará en la clínica una vez a la semana para completar los exámenes y pruebas dentales. Por lo general, la clínica móvil visita las escuelas una vez por semestre durante unos días a la vez. Ofrecen todas las facetas de la odontología, incluidas limpiezas, selladores, tratamientos con flúor, restauraciones (empastes) y extracciones. Nuestro objetivo es llevarle al dentista, limitando la necesidad de faltar al trabajo o que su hijo falte a la escuela para una cita dental. Si su hijo asiste a una escuela donde brindamos atención dental y está programado para ser atendido por el equipo dental, se comunicará con usted verbalmente antes de la cita.

Otorgo mi consentimiento para _____ _____ _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO** **N.° DE SEGURO SOCIAL**

Para recibir cualquiera de los siguientes servicios en las Clínicas Dentales de HealthFirst Bluegrass, Inc., incluida la Clínica Móvil:

1. Procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluidos exámenes clínicos, tratamiento con flúor, limpiezas, rayos X, empastes plateados o blancos, coronas de acero inoxidable, tratamiento de nervios, extirpación de tejidos blandos y todo tipo de anestesia local por parte de agentes y empleados autorizados de Health*First* Bluegrass y el personal odontológico, o las personas que estos designen, según lo consideren necesario o beneficioso conforme a su criterio profesional. Comprendo que puede haber ciertos riesgos y complicaciones si mi hijo se somete a estos procedimientos. Esos posibles problemas incluyen: La posibilidad de molestias durante y después del tratamiento, aspiración o tragarse un instrumento o material dental, reacciones alérgicas a materiales dentales y otros posibles problemas que el dentista no puede predecir.

Comprendo que:

1. Es posible que mi hijo necesite tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo será mi responsabilidad.
2. Cuando se extraen los dientes de leche, esto puede causar problemas para los dientes que están saliendo y es posible que mi hijo necesite espaciadores para mantener el espacio abierto para que salgan los dientes permanentes. Comprendo también que los espaciadores no se colocan como parte de este programa y que se enviará a casa una carta de remisión si es necesario.
3. También puede haber casos en los que el tratamiento de un diente no pueda realizarse de inmediato, pero para evitar un absceso o una infección mayor, el personal puede colocar flúor tópico para detener el proceso activo de la caries. Si bien no existen riesgos para la salud, se producirán manchas negras u oscuras en la superficie cariada.

   Autorizo al personal dental de Health*First* Bluegrass a aplicar este material a su discreción.

   Coloque sus iniciales Sí_____ No ____

4. Estos servicios serán prestados por el personal docente, los estudiantes, los higienistas o el personal de odontología de Health*First* Bluegrass.
5. El tratamiento preventivo (limpieza, flúor y sellantes) puede ser realizado por un higienista dental registrado sin la presencia del dentista, tal y como establece la legislación general sobre supervisión.
6. Los hallazgos dentales de todos los niños como grupo pueden ser informados o publicados, y que, en tal caso, ningún niño será identificado de forma individual.
7. Puede haber casos en los que el odontólogo no pueda salvar un diente al intentar restaurarlo. En estos casos, la única alternativa es extraer (sacar) el diente. Existen riesgos relacionados con la extracción de dientes. Aunque son poco frecuentes, estos riesgos pueden incluir: dolor, sangrado excesivo, infección, hinchazón, moretones, rigidez de la mandíbula, daños a los dientes adyacentes o subyacentes, fractura de una punta radicular, etc.
8. Si bien Health*First* Bluegrass, Inc. mantiene la confidencialidad de todos los expedientes individuales, comprendo que una lista de los niños que necesitan tratamiento dental de seguimiento se le proporciona de manera rutinaria al Centro de Recursos Familiares de la escuela para que puedan ayudar a que reciban atención de seguimiento, cuando sea necesario.

   Autorizo al personal de HealthFirst Bluegrass a compartir el nombre de mi hijo con el Centro de Recursos Familiares de su escuela Coloque sus iniciales Sí_____ No ____

_____ _____ _____

Fecha **Firma del paciente/padre/madre/tutor** **Relación con el paciente**

HEALTH *FIRST*™ BLUEGRASS

Place Label
Here

_____ _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE **FECHA DE NACIMIENTO**

Consentimiento para que un adulto adicional acompañe al paciente/revise la información de salud

Este formulario concede a un paciente o para menores de edad, les otorga al padre, a la madre o al tutor legal del paciente la capacidad de autorizar a una persona para que acompañe al paciente a la cita y para que otorgue su consentimiento para tratamiento si el padre, la madre o el tutor legal no están presentes en dicha cita, bajo el entendimiento de que Health*First* Bluegrass tiene un modelo integrado de atención médica. En el caso del paciente mencionado anteriormente, esto incluiría, entre otras cosas: evaluaciones, tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, análisis de laboratorio, recetas médicas, exámenes u otros servicios:

_____

SE DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO EN CADA VISITA.

YO,_____, POR LA PRESENTE AUTORIZO A HEALTH*FIRST* BLUEGRASS A PERMITIRLE(S) A LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S) ABAJO:

- ☐ Acompañar al paciente antes mencionado a las citas
- ☐ Tener acceso a la información de salud del paciente antes mencionado
- ☐ Tomar decisiones sobre la atención médica del paciente antes mencionado

Personas autorizadas:

NOMBRE: _____TELÉFONO: _____RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____TELÉFONO: _____RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____TELÉFONO: _____RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

Comprendo que esta autorización continuará vigente por 1 año; sin embargo, puedo revocarla/cancelarla en cualquier momento presentándome en Health*First* y completando un formulario nuevo.

FIRMA DEL PACIENTE:_____Fecha: _____

O <si corresponde>

FIRMA DEL TUTOR LEGAL:_____Fecha:_____

DESCRIPCIÓN DE LA AUTORIDAD PARA ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TESTIGO: _____ FIRMA DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____

O <si corresponde>

RECIBIDO EN LA MOCHILA EL: _____ NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECIBE EN LA CLÍNICA: _____

HEALTH FIRST™
BLUEGRASS

PATIENT LABEL HERE

PATIENT AGREEMENT FORM

I,_____, understand and agree to:

Appointment Times

- Arrive 20 minutes prior to your appointment time.
- Your medical provider may cancel your appointment if you are late. We do our best to remain on time, but please be patient as some delays may be beyond our control.

Patient Initials: _____

Cancelations

- Canceling or missing your appointment makes it hard for us to help you get better.
- If you cannot attend your appointment, please give 4 hours notice by calling (859)288-2425.
- If you have 3 no shows in a 3-month period this will result in only being able to schedule same day appointments except for emergencies
- If you continue to cancel or miss appointments, your provider reserves the right to discontinue your care.

Patient Initials: _____

Patient and Care Team Partnership

We are committed to providing patient and family centered care to promote healing, inclusion and mutual respect.

- Patient will inform care team if they are receiving care from another health professional and will disclose their health history and current medications.
- Patient and care team will work together to provide the best possible care, remaining courteous and respectful at all times.
- Patients will refrain from intimidating, aggressive or disrespectful behavior: including abusive language, derogatory remarks, shouting, verbal/physical threats, and/or damaging/stealing property.

Patient Initials: _____

Refill/Medication/Forms Request

- Please give our office 72 hours' notice for any prescription refills or completion of forms. (Sports Physicals etc)

Patient Initials: _____

Medical Records Requests

- Please give our office at least 2 weeks notice when requesting copies of medical records.
- By state law, each person is entitled to one free copy of their records. Additional copies can be obtained for a cost of $1 per page.
- Picture ID is required to obtain any records.

Patient Initials: _____

Expectation of Payment

- No patient will be denied care for the *inability* to pay. Patients that verify their income could qualify for reduced cost. Flexible payment agreements are available upon request. If you are *unwilling* to pay for services, we reserve the right to discontinue your care.

Patient Initials: _____

I have read, understand, and agree to comply with this agreement. I have also received and accept the terms of my Patient's Rights and Responsibilities which further details my responsibilities as a patient.

Patient/Guardian Signature _____ Date: _____

Please contact us at 859-288-2425 to schedule your appointment and/or to talk to your care team

COMMUNITY HEALTH CENTER FQHC QUALITY SM

NCQA RECOGNIZED PRACTICE

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

PATIENT LABEL HERE

PATIENT AGREEMENT FORM

Yo,_____, entiendo y acuerdo a:

Horario de citas:

- Llegar 20 minutos antes de la hora de su cita.
- Su proveedor médico tiene derecho a cancelar su cita si llega tarde. Hacemos nuestro major esfuerzo para mantenernos a tiempo, pero por favor sea paciente ya que algunos retrasos pueden estar fuera de nuestro control.

Iniciales del paciente:____

Cancelaciones:

- **Cancelar o faltar a su cita nos dificulta ayudarlo a sentirse mejor.**
- Si no puede asistir a su cita, avise con 4 horas de anticipación llamando al (859) 288-2425.
- Si no se presenta 3 veces en un período de 3 meses, esto resultará en que solo podrá programar citas para el mismo día, excepto en caso de emergencia.
- Si continúa cancelando o faltando a citas sin previo aviso, su proveedor se reserva el derecho de suspender su atención.

Iniciales del paciente:____

Interacción entre el paciente y el equipo de atención:

Nos comprometemos a brindar atención centrada en el paciente y familia para promover la curación, inclución y el respeto mutuo

- El paciente informará al equipo de atención si esta recibiendo atención de otro profecional de la salud y revelará su historial médico y los medicamentos que está tomando actualmente.
- El paciente y el equipo de atención trabajaran juntos para proporcionar la mejor atención posible, manteniendo siempre cortesía y respeto.
- Los pacientes se abstendrán de comportamientos intimidantes, agresivos o irrespetuosos, incluido el uso de lenguaje abusivo, gritos, amenazas verbales o físicas y no dañar o robar propiedad.

Iniciales del paciente:_____

Recarga de Medicamentos/Formularios:

- Por favor, avise a nuestra oficina con 72 horas de antelación para cualquier resurtido de recetas o para completar formularios. Copia de (Exámenes físicos deportivos), etc.

Iniciales del paciente: _____

Solicitud de Expedientes Médicos:

- Por favor de darnos al menos dos semanas de anticipación al solicitar copias de expedientes médicos.
- Por ley, cada personal tiene derecho a una copia gratuita de sus expedientes. Copias adicionales pueden obtenerse por un costo de $1 por página.
- Se require identificación con fotografía para obtener cualquier expediente.

Iniciales del paciente:_____

Expectativa de Pago:

- Ningún paciente será negado atención debido a la incapacidad de pagar. Los pacientes que verifiquen sus ingresos pueden calificar para costos reducidos. Si usted no esta dispuesto a pagar por los servicios, tenemos el derecho de interrumpir su atención.

Iniciales del Paciente:_____

He leído, comprendo y acepto cumplir con este acuerdo. También he revisado y acepto los términos de los derechos y responsabilidades del paciente, que detallan mis responsabilidades como paciente.

Firma del Paciente/Guardián:_____Fecha: _____

Please contact us at 859-288-2425 to schedule your appointment and/or to talk to your care team

COMMUNITY HEALTH CENTER FQHC QUALITY SM

NCQA RECOGNIZED PRACTICE

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

Place Label Here

Patient Registration Form

Patient Information:	Last Name:	First Name:
Birthday:	SSN:	Phone:
Address:		City, State:
Email:	Sex at Birth: M F	Zip:
Language Preference:	Veteran: Yes No	Student: Yes No … If yes, School:

Race (circle all that apply): American Indian/Alaskan Native Asian African American Native Hawaiian/Pacific Islander Caucasian Unknown Declined to Answer

Ethnicity: Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino Unknown Declined to Answer

Agricultural Work Status: Migrant farmworker Seasonal farmworker Year Round farmworker Aged/disabled farmworker Non - Farmworker

Guarantor Information:	Last Name:	First Name:
DOB:	SSN:	Phone:
Address:		City, State:
Relationship to Patient:		Zip:

For Pediatric Patients Only		
Parent/Guardian #1 Last Name:	First Name:	
Phone Number:	Relationship to patient:	Lives with Patient? Yes No
Parent/Guardian #2 Last Name:	First Name:	
Phone Number:	Relationship to patient:	Lives with Patient? Yes No

Insurance Information: *If you do not have insurance but would like for someone to help see if you qualify for it, please check this box.* ☐

Primary Insurance:		Copay:
Member ID :	Policy/Group Number:	
Subscriber:	Subscriber DOB:	Subscriber SSN:
Secondary Insurance:		Copay:
Member ID :	Policy/Group Number:	
Subscriber:	Subscriber DOB:	Subscriber SSN:
Dental Insurance:	Member ID:	Copay:
Group Number:	Policyholder Name:	Policyholder DOB:

Sliding Scale/Self Pay		
Household Family Size:	Income:	Weekly/Bi-Weekly/Monthly

Patient (or parent/guardian) Signature _____ Date: _____

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

Place Label Here

Formulario de Registro de Pacientes

Información del paciente:	**Apellido:**		**Nombre:**
Fecha de Nacimiento:	**Número de Seguro Social:**		**Teléfono:**
Dirección:			**Ciudad, Estado:**
Correo electrónico:	**Sexo al nacer: M F**		**Código postal:**
Preferencia de Idioma:	**Veterano: Si No**	**Estudiante: Si No ...En caso de que sí, la escuela:**	
Raza (marque con un círculo todo lo que corresponda): Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico Blanco Desconocido Negarse a responder			
Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino Desconocido Negarse a responder			
Situación Laboral Agrícola: Trabajador agrícola migrante Trabajador agrícola estacional Trabajador agrícola durante todo el año Trabajador agrícola anciano/discapacitado No - Trabajador agrícola			
Información del Garante:	**Apellido:**		**Nombre:**
Fecha de Nacimiento:	**Número de Seguro Social:**		**Teléfono:**
Dirección:			**Ciudad, Estado:**
Relación con el paciente:			**Código postal:**
Solo para pacientes pediátricos			
Padre/Tutor #1 Apellido:		**Nombre:**	
Teléfono:	**Relación con el paciente:**		**¿Vive con el paciente? Si No**
Padre/Tutor #2 Apellido:		**Nombre:**	
Teléfono:	**Relación con el paciente:**		**¿Vive con el paciente? Si No**
Información sobre el Seguro médico*: Si no tiene seguro, pero le gustaría que alguien lo ayudara a ver si califica para él, marque esta casilla.* ☐			
Seguro Primario:			**Copago:**
Número de Identificación de miembro:	**Número de póliza/grupo:**		
Suscriptor:	**Fecha de Nacimiento del suscriptor:**	**Número de Seguro Social del suscriptor:**	
Seguro secundario:			**Copago:**
Número de Identificación de miembro:	**Número de póliza/grupo:**		
Suscriptor:	**Fecha de Nacimiento del suscriptor:**	**Número de Seguro Social del suscriptor:**	
Seguro dental:	**Número de Identificación de miembro:**		**Copago:**

Número de grupo:	**Nombre del titular de la póliza**	**Fecha de Nacimiento del titular de la póliza:**
Escala de descuento/pago por cuenta propia		
Tamaño de la familia:	**Ingresos:**	**Semana/Quincenal/Mensual**

Firma del paciente (o padre/tutor)_____ Fecha: _____

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

HealthFirst Bluegrass Recibe apoyo de programas federales.
Estos programas requieren que recopilemos la siguiente información demográfica.

Por favor, marque con un círculo el número de personas en su hogar y el ingreso anual del hogar.

Niveles de escala de tarifas de HealthFirst Bluegrass 2024

Según el tamaño de su familia y los ingresos de su hogar

Tamaño de la familia	En o por debajo del 100% del FPL	Del 101% al 150% del FPL	Del 151% al 175% del FPL	Del 176% al 200% del FPL
1	$15,060	$22,590	$26,355	$30,120
2	$20,440	$30,660	$35,770	$40,880
3	$25,820	$38,730	$45,185	$51,640
4	$31,200	$46,800	$54,600	$62,400
5	$36,580	$54,870	$64,015	$73,160
6	$41,960	$62,940	$73,430	$83,920
7	$47,340	$71,010	$82,845	$94,680
8	$52,720	$79,080	$92,260	$105,440
Miembros adicionales	$5,380	$8,070	$9,415	$10,760

Las familias que caen en las categorías azules anteriores pueden calificar para el Programa de Descuento de precios (Sliding Fee Discount). ¿Le gustaría recibir más información sobre nuestro Programa de Descuento de Precios (Sliding Fee Discount)? **Si** **No**

La falta de vivienda no se limita a vivir en las calles o en un refugio. La falta de vivienda incluye a aquellos que viven en lugares superpoblados e inestables o lugares que no están destinados a una vivienda permanente.

¿Te considerarías una persona sin hogar?	Si	No
¿Se encuentra actualmente en un refugio u otra instalación supervisada?	Si	No
¿Actualmente te estás quedando temporalmente con amigos o familiares?	Si	No

Marque una casilla en cada categoría que mejor represente al paciente.

Raza		
Indio Asiático	Chino	Filiipino
Japonés	Coreano	Vietnamita
Otro Asiático	Nativo de Hawái	Nativo de Alaska/Indio Americano
Otro isleños del Pacífico	Guamanes/Chamorros	Samoano
Negro/Afroamericano	Blanco	Más de una raza
Optar por no divulgar		

Etnicidad		
Hispano:Mexicano Mexicano-Americano	Hispano: Puertorriqueño	Hispano: Cubano
Hispano: Otro Hispano de Origen	No-Hispano	Optar por no divulgar

Idioma		
Inglés	Español	Coreano
Cantonés	Japonés	Árabe
Ruso	Hebreo	Lenguaje de Señas Americano
Otro	Optar por no divulgar	

¿Es usted un veterano?	Si	No
¿Es usted un trabajador agrícola o migrante?	Si	No

HEALTH FIRST™ BLUEGRASS

HealthFirst Bluegrass Receives support from federal programs.
These programs require that we collect the following demographic information.

Please Circle the number of people in your household and the yearly income of the household

2024 Health*First* Bluegrass Sliding Fee Scale Tiers

*Based on **your** Family Size, and **your** Household Income*

Family Size	At or Below 100% of FPL	101% to 150% FPL	151% to 175% FPL	176% to 200% FPL
1	$15,060	$22,590	$26,355	$30,120
2	$20,440	$30,660	$35,770	$40,880
3	$25,820	$38,730	$45,185	$51,640
4	$31,200	$46,800	$54,600	$62,400
5	$36,580	$54,870	$64,015	$73,160
6	$41,960	$62,940	$73,430	$83,920
7	$47,340	$71,010	$82,845	$94,680
8	$52,720	$79,080	$92,260	$105,440
Each Additional person add	$5,380	$8,070	$9,415	$10,760

Families that fall into the blue categories above ay qualify for the Sliding Fee Discount program. Would you like to receive more information about our Sliding Fee Discount Program? **Yes** **No**

Homelessness is not limited to living on the streets or in a shelter. Homelessness includes those living in overcrowded, unstable locations/places not meant for permanent housing.

Would you consider yourself homeless?	Yes	No
Are you currently staying at a shelter or other supervised facility?	Yes	No
Are you currently doubling up or temporarily staying with friends or family?	Yes	No

Please check one box in each category that best represents the patient.

Race		
Asian Indian	Chinese	Filiipino
Japanese	Korean	Vietnamese
Other Asian	Native Hawaiian	Alaska Native/American Indian
Other Pacific Islander	Guamanian/Chamorro	Samoan
Black/African American	White	More than one race
Choose not to disclose		

Ethnicity		
Hispanic:Mexican/ Mexican -American	Hispanic: Puerto Rican	Hispanic: Cuban
Hispanic: Another Hispanic Origin	Non-Hispanic	Choose not to disclose

Language		
English	Spanish	Korean
Cantonese	Japanese	Arabic
Russian	Hebrew	American Sign Language
Other	Choose not to disclose	

Are you a Veteran?	Yes	No
Are you an Agricultural or Migrant worker?	Yes	No