



Enhancing quality of life through transformative health care for all

# Healthy Kids Clinic Consent Packet

\*Managed by HealthFirst Bluegrass, Inc.

\*Funded in part by the Health Resources and Services Administration

There is a *HealthFirst Bluegrass* Pediatric Clinic located in your child's school!  
We offer many services for your child, including:

- |                            |                 |
|----------------------------|-----------------|
| Sick Visits                | Physical Exams  |
| Sports Physicals           | Immunizations   |
| ADHD Services              | Dental Services |
| Behavioral Health Services |                 |

### To Sign Up:

- **Sign and Return to your child's teacher or the clinic**
- Fill out the insurance section OR send a copy of child's insurance card
- Complete discount application

HealthFirst Bluegrass Healthy Kids Clinics accept all types of insurance including Medicaid.

If you or your child does not have insurance, we can help. Call HealthFirst Patient Services today at 859-288-2425 to find out if you or your family qualifies for Medicaid, KCHIP, or discounts.

You can also talk to your school clinic staff about insurance questions or discounted services.

**HealthFirst Bluegrass Healthy Kids Clinics will provide services for your child regardless of your ability to pay.**



We look forward to providing healthcare for you and your family this year!

Please call your school's *Healthy Kids Clinic* with any questions or concerns.

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <b>Arlington Elementary</b><br>122 Arceme Avenue<br>859-381-3750 | <b>Booker T. Washington</b><br>707 Howard Street<br>859-381-4993  | <b>Breckinridge</b><br>2101 St. Mathilda Drive<br>859-381-4843 | <b>Cardinal Valley</b><br>218 Mandalay Road<br>859-381-3346         |
| <b>Harrison Elementary</b><br>161 Bruce Street<br>859-381-4022   | <b>Mary Todd Elementary</b><br>551 Parkside Drive<br>859-381-3012 | <b>Tates Creek</b><br>1113 Centre Parkway<br>859-381-3774      | <b>William Wells Brown</b><br>555 East Fifth Street<br>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](http://www.healthfirstlex.com)



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 Para Deportes |
| Exámenes Físicos  | Vacunas                        |
| Servicios Dentales  | Salud Mental y Consejería      |
| ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) |                                |

### PARA PARTICIPAR:

- **Firme y regrese con el maestro de su hijo o la clínica.**
- Envíe copia de la Tarjeta de Seguro Médico y proporcione información de la misma.
- Complete la forma de descuento (No requerida, altamente recomendada)

Las clínicas Healthy Kids de HealthFirst Bluegrass aceptan todo tipo de seguro, incluido Medicaid.

Si usted o su hijo no tienen seguro, podemos ayudarlo. Llame a servicios al paciente de HealthFirst hoy al 859-288-2425 para averiguar si usted o su familia califican para Medicaid, KCHIP o descuentos.

También puede hablar con el personal de la clínica de su escuela sobre preguntas sobre seguros o servicios con descuento.

HealthFirst Bluegrass Healthy Kids Clinics brindará 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.

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>Arlington Elementary</b><br>122 Arceme Avenue<br>859-381-3750 | <b>Booker T. Washington</b><br>707 Howard Street<br>859-381-4993  | <b>Breckinridge Elementary</b><br>2101 St. Mathilda Drive<br>859-381-4843 | <b>Cardinal Valley Elementary</b><br>218 Mandalay Road<br>859-381-3346         |
| <b>Harrison Elementary</b><br>161 Bruce Street<br>859-381-4022   | <b>Mary Todd Elementary</b><br>551 Parkside Drive<br>859-381-3012 | <b>Tates Creek Elementary</b><br>1113 Centre Parkway<br>859-381-3774      | <b>William Wells Brown Elementary</b><br>555 East Fifth Street<br>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](http://www.healthfirstlex.com)



2018-2019

# Healthy Kids Clinic Consent Form

School: \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_

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

At HealthFirst Bluegrass 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), HealthFirst Bluegrass provider teams will communicate patient information when clinically necessary. Likewise, the goal of the Healthy Kids Clinics 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 Healthy Kids Clinic staff.

I give my consent for \_\_\_\_\_  
STUDENT'S FULL NAME DATE OF BIRTH SOCIAL SECURITY #

**To receive any of the following services at HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinics:**

1. Physical assessment of acute or chronic illnesses: assessment of growth and development.
2. Treatment of minor health problems as defined by protocol, including administration of over-the-counter medications such as acetaminophen, decongestants.
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, strep screen for sore throat.
4. Health education and promotion.
5. Dental examination, cleaning & home care instruction (x-rays available as needed).
6. Behavioral Health Counseling.
7. Referrals to outside agencies for services that may not be provided at the School-Based Health Center.
8. Physical exams with parent/guardian present.
9. 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. For HealthFirst Bluegrass staff to communicate and disclose pertinent medical, behavioral health, dental and school health information with appropriate Fayette County School Staff in regards to my child's success at school and in the school setting.
3. For the following hospitals to release to HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic the emergency room reports on my child: Baptist Health, St. Joseph, University of Kentucky, U.K. Good Samaritan and Shriners' Children's Hospital.
4. For HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic to disclose to any appropriate agencies or medical practitioner any medical and billing information that may result through my child's contact with the School-Based Health Center.
5. For the HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic staff to obtain any records or information from any agency or private professional regarding my child's care. HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic is released from all liability that may arise from the release of such information.
6. For HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic to use my child's photograph, likeness and/or voice in any way that would reasonably portray HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic. I release HealthFirst Bluegrass, Inc. School-Based Clinic and any of its employees or agents from any damages in using my child's photograph, likeness, and/or voice. This includes, but is not limited to photographs for the child's medical record.
7. To have my child participate in on-going evaluations of the School-Based Clinic program, including questionnaires and surveys. I understand that my child will not be identified in the evaluation.
8. For HealthFirst Bluegrass, Inc. to request medication history in the last 2 years through our electronic health record system.

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

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

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

**I understand that HealthFirst 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.**

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 Parent, Legal Agent/Guardian, Patient

\_\_\_\_\_  
Relationship to Patient

Clinic Stamp Here:



# Healthy Kids Clinic Consent Form

School: \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_

El consentimiento no expirará hasta que la Clínica sea notificada por escrito que desea revocar.

En HealthFirst Bluegrass es nuestro objetivo ayudar a los pacientes a encontrar su mayor nivel de bienestar. Para ello, nuestros equipos de proveedores consisten en una variedad de profesionales que trabajan juntos para mejorar la salud física y emocional. Independientemente de la especialidad (médica, dental y de comportamiento), los equipos de proveedores de HealthFirst Bluegrass comunicarán la información del paciente cuando sea clínicamente necesario. Asimismo, la meta de las Clínicas Healthy Kids es ayudar en el bienestar general de su hijo. En asociación con FCPS, el intercambio de información sobre la salud médica, conductual, dental y escolar pertinente ocurrirá entre el personal apropiado de FCPS y el personal de Healthy Kids Clinic

Doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_  

|                                |                     |                    |
|--------------------------------|---------------------|--------------------|
| Nombre completo del estudiante | Fecha de Nacimiento | Núm. Seguro Social |
|--------------------------------|---------------------|--------------------|

**Para recibir cualquiera de los siguientes servicios en los Centros de Salud Escolar de HealthFirst Bluegrass, Inc.:**

1. Evaluación física de enfermedades crónicas o agudas; evaluación de crecimiento y desarrollo.
2. Tratamiento de problemas menores de salud así como define el protocolo, incluyendo administración de medicamentos sin receta así como acetaminophen, descongestionantes.
3. Exámenes de laboratorios básicos (cuando sean necesarios para evaluar el problema) así como pinchar el dedo para anemia o azúcar en la sangre, análisis de orina para infección de vejiga o riñón, cultivo de estreptococos para el dolor de garganta.
4. Educación y promoción de salud.
5. Examinación dental, limpieza e instrucciones de cuidado dental (radiografías cuando sea necesario).
6. Salud Mental o consejería.
7. Referencias a otras agencias para los servicios que no son proporcionados en el Centro de Salud Escolar.
8. Examen Físico cuando el padre o tutor legal este presente.
9. Vacunas con padre o tutor legal presente.

**Doy mi consentimiento:**

1. Al personal de HealthFirst Bluegrass, Inc. para revisar el registro completo de la escuela de mi hijo, incluyendo la asistencia y otra información que ayudará al personal en la continuidad del cuidado y tratamiento de mi hijo.
2. Para que el personal de HealthFirst Bluegrass comunique y revele información médica, de salud conductual, dental y de salud escolar pertinente con el personal apropiado de la Escuela del Condado de Fayette con respecto al éxito de mi hijo en la escuela y en el ambiente escolar.
3. A que los siguientes hospitales entreguen la información de los reportes de sala de emergencia de mi hijo(a) a las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc.: Baptist Health, Samaritan, St. Joseph, University of Kentucky, St. Joseph East, Shriner's Children's Hospital.
4. A que el personal de las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. Entreguen a cualquier agencia apropiada o proveedor médico, cualquier información médica o de facturación que pueda resultar a través del contacto que las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. Haya tenido con mi hijo(a).
5. A que el personal de las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. obtenga cualquier expediente o información de cualquier agencia o profesional privado referente a el cuidado de mi hijo(a). Las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. no se hace responsable de lo que pueda resultar por la entrega de dicha información.
6. A que el personal de las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. use un fotografía de mi hijo(a), parecido y/o voz en la que pueda razonablemente presentar a las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. Yo libero a las clínicas escolares de HealthFirst Bluegrass, Inc. y cualquiera de sus empleados o agentes, de cualquier daño y/o perjuicio que pueda resultar por usar la fotografía de mi hijo(a), parecido y/o voz. Esto incluye pero no está limitado a las fotografías del expediente médico.
7. A que mi hijo(a) participe en las evaluaciones continuas del centro, incluyendo cuestionarios y encuestas. Entiendo que mi hijo(a) no será identificado en la evaluación.
8. Para que HealthFirst Bluegrass, Inc. solicite historial de medicamentos en los últimos 2 años a través de nuestro sistema de registro de salud electrónico.

Acuerdo que la información que he completado es correcta a mi mejor entender.

Entiendo que HealthFirst Bluegrass Inc. me proveerá con una copia de su Poliza de Privacidad al Paciente si la requiero.

Autorizo el pago de los beneficios del seguro medico sean hechos a HealthFirst Bluegrass, Inc. de mi parte por servicios que he recibido. También autorizo a HealthFirst Bluegrass a entregar mi información médica a Medicare, KCHIP, Medicaid y pagadores a terceros que determine los pagos por servicios.

Entiendo que HealthFirst Bluegrass puede divulgar información del paciente SIN permiso si: 1) El paciente plantea una amenaza para sí mismo u otros; 2) El paciente no puede protegerse del riesgo de daño; 3) Hay evidencia de abuso, negligencia y / o explotación infantil; 4) Hay evidencia de abuso, negligencia y / o explotación de adultos dependientes; 5) Hay evidencia de violencia doméstica; 6) La información del paciente se solicita bajo orden judicial y / o si un paciente entra voluntariamente su historial de tratamiento en un procedimiento judicial.

Doy mi consentimiento para todos los servicios listados anteriormente. Certifico que estoy en plena capacidad para ejercer y liberar dicha autorización. Este consentimiento no caduca a menos que sea revocada.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Agente Legal/Guardián, Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

Clinic Stamp Here:



# Healthy Kids Clinic Surrogate Form

**School-Based Health Centers**

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

## Health Care Surrogate Designee(s)

*AFFIX PATIENT LABEL*

I, \_\_\_\_\_, parent or legal guardian of \_\_\_\_\_ authorize the adult(s) named in the list below to bring my minor child to HealthFirst Bluegrass, Inc. for general medical, dental and behavioral health care. This authorization shall remain in effect until revoked by my signature.

| NAME | BIRTHDATE | ADDRESS | PHONE # | RELATIONSHIP TO MINOR |
|------|-----------|---------|---------|-----------------------|
|      |           |         |         |                       |
|      |           |         |         |                       |
|      |           |         |         |                       |
|      |           |         |         |                       |

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
HealthFirst Bluegrass, Inc. Employee

\_\_\_\_\_  
Date

### Healthy Kids Clinics:

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





# 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:

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





# Healthy Kids Clinic

## School-Based Health Centers

### Registration Form



Chart #: \_\_\_\_\_

School/Teacher: \_\_\_\_\_

| PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)  |   |   |                |  |  |
|---|---|---|----------------|--|--|
| Last Name:  | First Name:                               | Middle:   | Date of Birth: | Social Security Number:  | Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Home Phone Number:  | Address:                                  |   | City:          | State:   | Zip Code:  |
| PARENT/GUARDIAN   |   |   |                |  |  |
| Guardian #1 Last Name: me: La   | Guardian #1 First Name:                   | Relationship to Student:<br><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian<br><input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Other<br><input type="checkbox"/> Foster Parent |                | Guardian lives with student?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   | Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Cell Phone:   | Work Phone:                               | Email:  |                | Date of Birth:   |  |
| Guardian#2 Last Name: me: La  | Guardian #2 First Name:                   | Relationship to Student:<br><input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian<br><input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Other<br><input type="checkbox"/> Foster Parent |                | Guardian lives with student?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   | Sex: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Cell Phone:   | Work Phone:                               | Email:  |                | Date of Birth:   |  |
| <b>Emergency Contact other than parent:</b>   | Emergency Contact Phone Number:           | Relationship to Child:  |                | Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American<br><input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American or Alaskan<br><input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Pacific Islander |  |
| How many people live in your home?  | (Required) Total Yearly Income:           | Language:   |                | Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino<br><input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino  |  |
| What is your housing situation today? <input type="checkbox"/> I have housing <input type="checkbox"/> I do not have housing (staying with others, in a hotel, shelter, living outside on the street, in a car, or in a park)<br><input type="checkbox"/> I choose not to answer this question  |   |   |                |  |  |
| Are you worried about losing your housing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I choose not to answer this question   |   |   |                |  |  |
| <b>What Pharmacy do you use?</b>  |   |   | <b>Street:</b> |  |  |
| MEDICAL INSURANCE INFORMATION:  |   |   |                |  |  |
| If you have a Medical Card, KCHIP Card or private insurance, please complete the information below.<br>The insurance information can be found on the front or back of your insurance card.  |   |   |                |  |  |
| Insurance Company Name or MCO:  | Medical Card Number/ID/Policy Number:     |   | Group Number:  |  |  |
| Policy Holder's Name:   | Policy Holder's Date of Birth: (Required) | Relationship to patient:  |                |  |  |
| DENTAL INSURANCE INFORMATION:   |   |   |                |  |  |
| If you have separate Dental Insurance, please complete the information below.<br>The insurance information can be found on the front or back of your insurance card.  |   |   |                |  |  |
| Insurance Company Name or MCO:  | Medical Card Number/ID/Policy Number:     |   | Group Number:  |  |  |
| Policy Holder's Name:   | Policy Holders Date of Birth: (Required)  | Relationship to patient:  |                |  |  |
| <b>I do agree that the completed information is true to the best of my knowledge.</b><br><b>I also understand that by signing this form, I acknowledge that I have access to a copy of Patient Rights &amp; Responsibilities and HealthFirst Bluegrass' Privacy Notice located at <a href="http://www.healthfirstlex.com">www.healthfirstlex.com</a></b><br><b>Or I may request a copy by calling HealthFirst Bluegrass at (859)288-2425.</b> |   |   |                |  |  |
| Signature of Parent or Guardian WHO HAS LEGAL CUSTODY OF THE CHILD:   |   |   | Date:          |  |  |
| X   |   |   | X              |  |  |
| Printed Name:   |   |   |                |  |  |

# 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:<br><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 :<br><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor<br><input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____ | Paciente vive con Tutor?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Sexo:<br><input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
|-------------------|----------|--|--|--|

|                   |                   |                       |                      |
|-------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| Teléfono de casa: | Teléfono celular: | Teléfono del trabajo: | Fecha de Nacimiento: |
|-------------------|-------------------|-----------------------|----------------------|

|                  |          |  |  |  |
|------------------|----------|--|--|--|
| Tutor 2 Apellido | Nombres: | Relación :<br><input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor<br><input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____ | Paciente vive con Tutor?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Sexo:<br><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: | Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano<br><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleños de Pacífico |
|---|---|-----------------------|---|

|                                     |                                  |         |  |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------|--|
| ¿Cuántas personas viven en su casa? | (Requerido) Ingreso anual total: | Idioma: | Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> No Hispano o Latino |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------|--|

|  |  |
|--|--|
| ¿Cual es su situación de vivienda hoy?<br><input type="checkbox"/> Tengo Vivienda<br><input type="checkbox"/> Elijo no responder esta pregunta | <input type="checkbox"/> No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en un automóvil o en un parque) |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| ¿Le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder esta pregunta |  |
|--|--|

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

|   |
|---|
| <b>Medications / Medicamentos</b>   |
| <p>Does your child take any medicines? / ¿Su hijo(a) tomo medicinas? <span style="float: right;">___ Yes/ Sí ___ No/ No</span></p> <p>If yes, please list them / Sí toma, por favor haga una lista: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |

|  |
|--|
| <b>Allergies / Alergias</b>  |
| <p><b>Is your child 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.)?:</b> <span style="float: right;">___ Yes/ Sí ___ No/ No</span></p> <p>Which One? / ¿Cuales?      What is the reaction?/ ¿Qué reacción tiene?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p><b>Is your child allergic to any medication? / ¿ Su hijo(a) ¿es alérgico a algún medicamento?</b> <span style="float: right;">___ Yes/ Sí ___ No/ No</span></p> <p>Which? / ¿Cuales?      What is the reaction?/ ¿Qué reacción tiene?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>  |



## 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

## Application to Have Service Fees Waived

- |                                    |   |  |  |
|------------------------------------|---|--|--|
| <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 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Student's Full Name:                           |  | Address:   |  |
| Date of Birth:                                 |  | City, State Zip Code:  |  |
| Phone:   |  |  |  |
| Social Security #:                             |  |  |  |
| <b>How many members are in your household?</b> |  | Note: A Household Member is any person that spends at least 50% of his/her time living in the home |  |

**Does your child receive free or reduced lunch?**  
 YES or NO (Circle One)

**\*\*\* If Yes, sign this application and you are finished!\*\*\***

**\*\*\*If No, we will need documentation of your income\*\*\*.**  
**You can provide any of the following:**

- 2 months of wage statements for all family members,
- Recent Tax Return
- SSI Income (SRS Statement)
- Worker's Compensation / Disability Checks
- Child Support
- Unemployment Benefit Statement
- A letter from someone outside your household stating you currently do not have income.

| <b>DO NOT FILL OUT – ADMINISTRATION ONLY</b>        |    | 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  |           |

By signing this document, I certify that I am providing HealthFirst Bluegrass with accurate information.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Guardian/Applicant**

\_\_\_\_\_  
**Date**

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        |           |
| <b>Total</b>  | <b>\$</b> | <b>( )</b>  | <b>Per Month</b> | <b>( )</b> | <b>Per Year</b> |           |

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

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor/Aplicante

\_\_\_\_\_  
Fecha



Our mission is to provide quality health care for all who need us

Patient Name: \_\_\_\_\_ Birth Date: \_\_\_\_\_

I authorize HealthFirst Bluegrass to release my Protected Health Information to:

Name of Agency to receive information: **FAYETTE COUNTY PUBLIC SCHOOLS**

Address: **701 E. Main Street/ Mailing: 1126 Russell Cave Rd., Lexington, Ky 40505**

Fax Number: **859-381-4194**

Phone Number: **859-381-4100**

SPECIFIC INFORMATION TO BE RELEASED:

- Consultation Reports
- Immunization Record
- Physical Exam
- Dental Records
- Lab report
- School Physical Exam
- Entire Medical Record
- Pathology Report
- X-Ray Report

Other (Please Specify): **VERBAL COLLABORATION OF BEHAVIORAL HEALTH TREATMENT**

I specifically authorize release of the following special protected records: (Please initial if applicable)

- Alcohol Abuse
- Behavioral or Mental Health
- Drug Abuse
- Sexually Transmitted Disease
- AIDS /HIV
- School Records (Academic & Behavioral reports)

Date of Service: **8/1/2018 to 9/1/2019**

Purpose of Records Request:

Continuity of Care  Legal  Personal use  School

Other: **VERBAL COLLABORATION OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES, ASSESSMENTS, AND PROGRESS**

I understand that I may inspect or copy protected Health Information prior to use or disclosure as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized re-disclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. I understand that authorizing this disclosure is voluntary. I may refuse to sign this authorization. Refusal to sign this authorization will not interfere with treatment. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the manager of Health Record Services.

I understand that this authorization may be revoked at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to Health Record Services. I release the HealthFirst Bluegrass from liability due to information already released. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. This consent will remain in force until \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. If I fail to specify an expiration date, event or condition this authorization will expire in six months.

Patient/Representative Signature \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

Witness Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

496 Southland Drive, Lexington, Kentucky 40503  
Phone: (859) 288-2425 Medical Fax: (859) 288-7510 Admin Fax: (859) 721-3918

[www.healthfirstlex.com](http://www.healthfirstlex.com)



Our mission is to provide quality health care for all who need us

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a HealthFirst Bluegrass para que libere mi información de salud protegida a:

Nombre de la Agencia que recibirá la información : **Escuelas Publicas del Condado Fayette**

Dirección: **701 East Main Street/ Mailing 1126 Russell Cave Rd Lexington KY 40505**

Número de Fax: **859-381-4194** Número de Teléfono: **859-381-4100**

**INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA SER DIVULGADA:**

- Reportes de Consultas
- Archivos Dentales
- Todo el expediente médico
- Cartilla de Vacunación
- Reportes de Laboratorio
- Reportes de Patología
- Examen Físico
- Examen Físico Escolar
- Reportes de Rayos X

**X Otros (Especificar: verbal colaboración of mental Meath treatment.**

Autorizo específicamente la divulgación de los siguientes registros protegidos especiales

- Abuso de Alcohol
- Abuso de Drogas
- Sida/VIH
- Comportamiento o Salud Mental
- Enfermedad de Transmisión Sexual
- Registros Escolares (informes académicos y de comportamiento)

Fecha de Servicio: 8/1/2018-9/1/2019

Propósito de la solicitud:

- Continuidad de Cuidado
- Legal
- Uso Personal
- Escuela

**Otro: verbal colaboración of mental Meath cervices; assessments; and progres.**

Entiendo que puedo inspeccionar o copiar información médica protegida antes de su uso o de la divulgación conforme a lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo que cualquier autorización lleva consigo el riesgo de una re-autorización sin permiso y la información puede no ser protegida bajo las leyes federales de confidencialidad. Entiendo que autorizar esta divulgación es voluntario. Me puedo negar a firmar esta autorización. Negarme a firmar esta autorización no va interferir con el tratamiento. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de la información de mi salud, yo puedo contactarme con el gerente del Departamento de Expedientes Médicos.

Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento. Entiendo si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al Departamento de Expedientes Médicos. Libero a HealthFirst Bluegrass de responsabilidad debido a la información ya divulgada. Entiendo que la revocación no le aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga a mi asegurador el derecho a impugnar una disputar bajo mi póliza. Este consentimiento permanecerá en vigor hasta \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_. Si no especifico una fecha de vencimiento, esta autorización expirará en seis meses.

Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**496 Southland Drive, Lexington, Kentucky 40503**  
**Phone: (859) 288-2425 Medical Fax: (859) 288-7510 Admin Fax: (859) 721-3918**

[www.healthfirstlex.com](http://www.healthfirstlex.com)