



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.

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

496 Southland Drive, Lexington, Kentucky 40503

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

www.healthfirstlex.com



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.

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

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

2019-2020 Consent Form

Place Label Here

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 garanta.
4. Educación y promoción de salud.
5. Examinacion 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.
10. Además, entiendo que puedo ser analizado para infección del VIH, Hepatitis B, o cualquier otro tipo de enfermedad llevado en la sangre, fluidos de corporales, o si algún trabajador de salud esta expuesto a mi sangre, fluidos corporales o tejido.

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 atreves 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 prejuicio 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:





Place Label Here

HEALTHFIRST BLUEGRASS CONSENT FOR EVALUATION AND TREATMENT

At HealthFirst Bluegrass we believe people find their greatest level of wellness when they take care of both physical and emotional health. To help with this, our treatment teams have medical and behavioral staff who will work with you. Members of your treatment team will have access to your health record and share clinical information with one another as needed.

HealthFirst Bluegrass will use your statements, medical history, and other clinical information to evaluate your needs and recommend the best plan of care. Treatment may include screening, exams, lab tests, treatment, medicine, behavioral services, and any other studies or procedures that HealthFirst Bluegrass professional staff decide are necessary or appropriate. Health care is not an exact science and 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.

Medical evaluation at HealthFirst 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.

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

Some services at HealthFirst Bluegrass may involve the use of 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. Your photo will be taken for chart identification. Photos may also be taken for clinical documentation purposes. Photos are housed within your chart.

ELECTRONIC COMMUNICATIONS: Is it okay for HealthFirst Bluegrass 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 _____

Is it okay for HealthFirst Bluegrass to contact you with appointment reminders and general communications using text messaging and/or e-mail?

Please initial Yes _____ No _____

Phone number _____ Email _____

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.

Print Patient's Name _____

Signature of Patient, Parent, Guardian or Legal Representative

_____ Date _____

Relationship to Patient _____



Coloque la etiqueta aquí

CONSENTIMIENTO DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE HEALTHFIRST BLUEGRASS

En HealthFirst Bluegrass, creemos que las personas alcanzan su mayor nivel de bienestar cuando cuidan tanto su salud física como la emocional. Para esto, nuestros equipos de tratamiento cuentan con personal médico y de conducta que trabajará con usted. Los miembros de su equipo de tratamiento tendrán acceso a sus registros de salud y compartirán la información clínica entre ellos según sea necesario.

HealthFirst Bluegrass utilizará sus declaraciones, antecedentes médicos y otra información clínica para evaluar sus necesidades y recomendar el mejor plan de atención. El tratamiento puede incluir evaluaciones, exámenes, exámenes de laboratorio, tratamiento, medicamentos, servicios de conducta y otros estudios o procedimientos que el personal profesional de HealthFirst Bluegrass considere necesarios o adecuados. La atención de salud no es una ciencia exacta y no se entregan garantías en cuando al resultado de los exámenes o tratamientos. Consulte con su equipo de tratamiento todas las dudas sobre riesgos y beneficios de los tratamientos recomendados.

La evaluación médica en HealthFirst Bluegrass también puede incluir examen para detectar infección por VIH, Hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por sangre o fluidos corporales. Estos exámenes pueden ser necesarios para el diagnóstico, ayudar en su tratamiento médico o si un trabajador de atención de salud está expuesto a su sangre, fluidos o tejidos corporales.

Podrían solicitar a HealthFirst Bluegrass compartir su información si se cumplen ciertas condiciones legales. HealthFirst solo compartirá su información cuando lo exija la ley y solo compartirá la cantidad mínima necesaria. Para obtener más información, consulte el Formulario de Aviso de Prácticas de Privacidad de HealthFirst. HealthFirst Bluegrass divulgará sus registros a su proveedor de seguros para la facturación y administración del caso.

Algunos servicios en HealthFirst Bluegrass podrían incluir el uso de equipos de telemedicina, donde el proveedor del servicio sería externo. Estas sesiones se realizan a través de líneas seguras, exclusivas y de alta velocidad según las pautas, reglamentos y leyes vigentes. No quedan registradas en video, dirigidas por la Internet ni guardadas de ninguna forma. Se le tomará una foto para su historia clínica. También le podrían tomar una foto para fines de documentación clínica. Las fotos quedan registradas en su historia clínica.

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS: ¿Está de acuerdo con que HealthFirst Bluegrass 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 HealthFirst Bluegrass se comunique con usted con recordatorios de sus citas y comunicaciones generales a través de mensajes de texto o correos electrónicos?

Coloque sus iniciales Sí _____ No _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Mi firma a continuación confirma mi identificación 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 o tutor legal y doy mi consentimiento para el tratamiento del menor de edad. Comprendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que sea revocado. Para finalizar este consentimiento, debo hacerlo por escrito.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente, padre, tutor o representante legal

_____ Fecha _____

Relación con el paciente _____



Place Label Here

Internal Authorization Consent to Treat/Release Information form
Internal Use

This form grants a 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 HealthFirst Bluegrass has an integrated healthcare model.

I, _____, HEREBY AUTHORIZE HEALTHFIRST BLUEGRASS TO PERMIT THE BELOW NAMED PERSON(S) TO SIGN FOR CONSENT TO TREAT AND TO RELEASE ANY/ALL MEDICAL INFORMATION THAT WOULD INCLUDE BUT IS NOT LIMITED TO: EVALUATIONS, MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, LABWORK, PRESCRIPTIONS, TESTS, ETC. FOR PATIENT LISTED BELOW.

NAME: _____ PHONE: _____ RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

NAME: _____ PHONE: _____ RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

NAME: _____ PHONE: _____ RELATIONSHIP TO PT: _____

ADDRESS: _____

PATIENT NAME: _____

DATE OF BIRTH: _____

STREET ADDRESS: _____

CITY, STATE, ZIP: _____

PHOTO IDENTIFICATON TO BE PRESENTED WITH EACH VISIT.

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 HealthFirst 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: _____



Coloque la etiqueta aquí

Formulario de autorización interno de consentimiento
para tratamiento y divulgación de información
Uso interno

Este formulario otorga al padre o tutor legal del paciente la capacidad de autorizar a que una persona acompañe al paciente a su cita y dé su consentimiento de tratamiento si el padre o tutor legal no está presente en la cita, considerando que HealthFirst Bluegrass cuenta con un modelo de atención de salud integrado.

POR MEDIO DEL PRESENTE, YO, _____, AUTORIZO A HEALTHFIRST BLUEGRASS A PERMITIR QUE LA PERSONA MENCIONADA A CONTINUACIÓN FIRME UN CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE TODA INFORMACIÓN MÉDICA QUE INCLUYA, ENTRE OTROS, LO SIGUIENTE: EVALUACIONES, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS, ANÁLISIS DE LABORATORIO, RECETAS MÉDICAS, EXÁMENES, ETC. PARA EL PACIENTE INDICADO A CONTINUACIÓN.

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

SE DEBE PRESENTAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA EN CADA VISITA.

Comprendo que la presente autorización estará vigente por 1 año; sin embargo, puedo terminar o revocar esta autorización en cualquier momento al presentarme en HealthFirst y completar 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: _____



Place Label Here

Healthy Kids Clinic Registration Form

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: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Foster Parent		Guardian lives with student? <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: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Stepparent <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Foster Parent		Guardian lives with student? <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:	
Emergency Contact other than parent:	Emergency Contact Phone Number:	Relationship to Child:		Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Native American or Alaska Native <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 <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) <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					
What Pharmacy do you use?			Street:		
MEDICAL INSURANCE INFORMATION:					
If you have a Medical Card, KCHIP Card or private insurance, please complete the information below. 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. 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:		
I do agree that the completed information is true to the best of my knowledge. I also understand that by signing this form, I acknowledge that I have access to a copy of Patient Rights & Responsibilities and HealthFirst Bluegrass' Privacy Notice located at www.healthfirstlex.com Or I may request a copy by calling HealthFirst Bluegrass at (859)288-2425.					
Signature of Parent or Guardian WHO HAS LEGAL CUSTODY OF THE CHILD:			Date:		
X			X		
Printed Name:					



Healthy Kids Clinic Registration Form

School/Teacher: _____



INFORMACION DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

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

PADRE/TUTOR

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

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

Contacto de emergencia que no sea el tutor:	Número de teléfono de contacto de emergencia:	Relación con el niño:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio o Nativo de Alaska <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 <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
-------------------------------------	----------------------------------	---------	--

¿Cual es su situacion de vivienda hoy? Tengo Vivienda 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)
 Elijo no responder esta pregunta

¿Le preocupa perder su vivienda? Si No 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? 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 informacion proporcionada es fiel y verdadera de acuerdo a mi mayor conocimiento.
También entiendo que al firmar este formulario, reconozco que tengo acceso a una copia de
Derechos y Responsabilidades como Paciente y Póliza de Privacidad de HealthFirst Bluegrass, Inc. ubicado en:
www.healthfirstlex.com o puedo llamar HealthFirst Bluegrass Inc. al (859)288-2425.

Firma del Padre/Tutor que tiene la custodia legal del niño: X	Fecha: X
--	-------------

Imprima el Nombre: _____



Place Label Here

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

- No Problems/Ningun Problemas
- Asthma / Asma
- Diabetes / Diabetes
- Heart Murmur/ Sopló Cardíaco
- High Blood Pressure / Presión Alta
- Anemia / Anemia
- Thyroid Problems / Problemas de Tiroide
- Epilepsy - Seizures / Epilepsia - Ataque epileptico
- Febrile Seizure / Convulsión Febril (por fiebre o calentura)
- Reflux or Gerd/ Reflujo Estomacal
- Frequent Ear Infections / Infecciones de Oído Frecuentes
- Urinary Problems / Problemas Urinarios
- Appendix Removed / Extracción de Apéndice
- Tonsils Removed / Extracción de las Amígdalas (Anginas)
- Adenoids Removed / Extracción de las Adenoides
- Ear tubes / Tubos en los Oídos
- Hernia / Hernia
- List Other Surgeries/ lista de otras cirugías :
- Breathing Problems / Problemas Respiratorios
- Frequent Sore Throats / Dolor de Garganta Frecuentes
- Pneumonia or recurrent cough / Neumonía o tos recurrente
- Kidney Disease / Enfermedad del Riñon(es)
- Car Crash Injury / Golpe o Herida en un Accidente de Auto
- Head Injury / Golpe o Herida en la Cabeza
- Fracture / Fracturas
- AIDS - HIV / SIDA - VIH
- Hepatitis A, B or C / Hepatitis A, B, o C
- Cavities or Tooth problems / Caries or Problemas de los dientes
- Hearing problems/ Problemas de audición
- Eye Problems/ Problemas de los ojos
- Wear glasses / Usa Anteojos o Espejuelos
- ADHD / Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención
- Depression, Anxiety / Depresión, Ansiedad
- Developmental Learning Problems/Problemas de desarrollo y aprendizaje

Medications / Medicamentos

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

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

Allergies / Alergias

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.)?: _____ Yes/ Sí _____ No/ No

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

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

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

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

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 / Enfermedade 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.

Firma del Padre Legal/Guardian x _____ Fecha: _____



Place Label Here

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"/> Tates Creek | <input type="checkbox"/> William Wells Brown |

Student's Full Name:		Address:	
Date of Birth:		City, State Zip Code:	
Phone:			
Social Security #:			
How many members are in your household?		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.

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

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

 Signature of Guardian/Applicant

 Date



Place Label Here

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"/> Tates Creek | <input type="checkbox"/> William Wells Brown |

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

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

SI o NO (Circule Uno)

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

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

Usted puede proporcionar cualquiera de los siguientes documentos:

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

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

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

Firma del tutor/Aplicante

Fecha



Place Label Here

AUTHORIZATION TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

Patient Name: _____ Birth Date: _____

I authorize HealthFirst Bluegrass to:

Release my Protected Health Information to: **Fayette County Public Schools**

Receive my Protected Health Information from: _____

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
- Entire Dental Record 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
- Substance Abuse Disorder Sexually Transmitted Disease
- AIDS /HIV School Records (Academic & Behavioral reports)

Date(s) of service for information to be released/received: 01/01/2019 to 09/30/2020

Purpose of Records Request:

- Continuity of Care Legal Personal Use School

Other: _____

Method of Disclosing Information:

- Medical Record Access Verbal Communication

Method being sent:

Records to be: Mailed Given to Patient Faxed to: _____

Record Format: Paper CD

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 HealthFirst Bluegrass.

I understand that the applicable privacy laws, regulations, and guidelines may permit HealthFirst Bluegrass to provide certain treatments to an unemancipated minor without a parent or legal guardian's consent. In cases where parental or guardian consent is required for the treatment of an unemancipated minor patient,

HealthFirst Bluegrass may deny parental or guardian access to the minor patient's protected health information (either verbally, or by written record) if a licensed health care professional has determined in the exercise of professional judgment that releasing the patient's information to a parent or legal guardian would not be in the patient's best interest or would endanger the patient.

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 HealthFirst Bluegrass.

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 _____.

If I fail to specify an expiration date, event or condition, this authorization will expire in twelve months.

Patient/Legal Representative Name: _____

Patient/Legal Representative Signature: _____

Relationship to Patient _____ Date: _____

Witness Signature _____

Internal record of Expiration Date: _____



Coloque la etiqueta aquí

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a que HealthFirst Bluegrass:

Divulgue mi información de salud protegida a: Escuelas Publicas del Condado Fayette

Reciba mi información de salud protegida de: _____

Dirección: 701 East Main Street/ Mailing 1126 Russell Cave Rd Lexington KY 4050

Número de fax: 859-381-4194 Número de teléfono: 859-381-4100

INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SERÁ DIVULGADA:

- Informes de consultas
- Registro dental completo
- Registros médicos completos
- Registro de vacunas
- Informe de laboratorio
- Informe patológico
- Examen médico
- Examen médico escolar
- Informe de radiología

Otro (especifique): verbal colaboración of mental Meath cervices: assessments: and progres.

Autorizo de forma específica la divulgación de los siguientes registros especiales protegidos:
(Coloque sus iniciales cuando corresponda)

- Consumo de alcohol
- Trastorno de consumo de sustancias
- VIH o SIDA
- Salud mental o conductual
- Enfermedad de transmisión sexual
- Registros escolares (Informes académicos y de conducta)

Fechas de servicio para divulgar o recibir dicha información: 01/01/2019 a 09/30/2020

Motivo de la solicitud de los registros:

Continuidad de atención Legal Uso personal Escolar

Otro: _____

Método para divulgar dicha información:

Acceso a los registros médicos Comunicación verbal

Método de envío:

Los registros serán: Enviados por correo Entregados al paciente Enviados por fax a: _____

Formato de los registros: Papel CD

Comprendo que puedo revisar o copiar la información de salud protegida antes de su uso o divulgación, según lo estipulado en el Código de Reglamentos Federales (CFR, Code of Federal Regulations) 164.524. Comprendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una posterior divulgación no autorizada y que las normas federales sobre confidencialidad podrían no proteger dicha información. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No firmar esta autorización no interfiere con el tratamiento. Si tengo dudas sobre la divulgación de mi información de salud, puedo comunicarme con HealthFirstBluegrass.

Comprendo que hay pautas, reglamentos y leyes de privacidad vigentes que pueden permitir a HealthFirst Bluegrass proporcionar ciertos tratamientos a menores de edad no emancipados sin el consentimiento de un padre o tutor legal. En casos donde el consentimiento del padre o tutor sea necesario para el tratamiento de un paciente menor de edad no emancipado, HealthFirst Bluegrass puede negar al padre o tutor el acceso a la información de salud protegida del paciente menor de edad (ya sea de forma verbal o por un registro escrito) si un profesional de salud certificado ha determinado, según su criterio profesional, que divulgar la información del paciente a un padre o tutor legal no es conveniente para el paciente o podría poner en peligro al paciente.

Comprendo que esta autorización se puede revocar en cualquier momento.

Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y entregar mi revocación escrita a HealthFirst Bluegrass.

Libero de responsabilidad a HealthFirst Bluegrass por información que ya ha sido divulgada.

Comprendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorga el derecho a la compañía de refutar una reclamación según mi póliza.

Este consentimiento permanecerá vigente hasta_____.

Si no especifico una fecha de vencimiento, evento o condición, esta autorización caducará luego de doce meses.

Nombre del paciente o representante legal: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo _____

Registro interno de fecha de vencimiento: _____