



Family Health Centers

Care for your Health & Wellness

Family Health Centers - Iroquois High School

Tel: (502) 380-5201

4615 Taylor Blvd, Louisville, KY 40215

www.fhclouisville.org

Atención de alta calidad donde todos son bienvenidos

Paquete de consentimiento para la clínica escolar

En la escuela de su hijo, hay una clínica de Family Health Centers.

Ofrecemos muchos servicios integrados, como los siguientes:

Visitas por Enfermedad

Exámenes físicos

Servicios de Asesoramiento

Servicios para personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Exámenes físicos deportivos

Vacunas

Para inscribirse, siga estos pasos:

- Firme y entregue los formularios adjuntos al docente de su hijo o llévelos a la clínica.
- Rellene la sección del seguro O envíe una copia de la tarjeta del seguro de su hijo.
- Firme el *comprobante de ingresos para descuentos de tarifas variables* y entrégueselo al docente de su hijo o llévelo a la clínica.

En las clínicas escolares de Family Health Centers, se aceptan todos los tipos de seguro, incluido Medicaid.

Si usted o su hijo no tienen seguro, podemos ayudarlos. Llame hoy mismo al Departamento de Extensión e Inscripción de Family Health Centers al (502) 772-8182 para averiguar si usted o su familia califican para Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños de Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP) u otras opciones de seguro de salud asequible.

Si tiene preguntas relacionadas con el seguro o los servicios con descuento, también puede hablar con el personal de la clínica escolar.

En las clínicas escolares de Family Health Centers, se prestarán servicios sin importar su capacidad de pago. Además, si es necesario, están preparadas para ser el hogar médico de sus hijos estudiantes.

Patient Name: _____

Date of Birth: _____



Consentimiento para recibir tratamiento

Permiso de tratamiento. Se otorga el permiso de tratamiento a cualquier proveedor de atención médica empleado o subcontratado por Family Health Centers, Inc. (FHC), para brindar el tratamiento médico y quirúrgico menor que se considere necesario. En este permiso, se incluyen, entre otros, las pruebas, el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y de otras infecciones de transmisión sanguínea, de enfermedades de transmisión sexual (ETS), de consumo de sustancias y de salud mental, así como el tratamiento contra estos.

Autorización para divulgar información. Esta se otorga a FHC con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Con esta autorización, FHC puede divulgar información médica protegida (Protected Health Information, PHI) en la medida necesaria para determinar el pago, incluidos los programas especiales. FHC usa esta autorización para divulgar o compartir información con fines de auditorías internas o externas, de modo que se garantice el cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales, las agencias reguladoras y los programas especiales. FHC tiene la autorización de divulgar mi información a otros proveedores de atención médica para garantizar la continuidad de mi atención.

FHC participa en un esfuerzo llamado "intercambio de información médica" (Health Information Exchanges, HIE). Gracias a los intercambios de información médica, FHC puede compartir su información médica con otros proveedores de atención médica y recuperarla. En la actualidad, FHC participa con los HIE estatales y nacionales, el Kentucky Health Information Exchange (KHIE), CommonWell y Care quality.

Autorización para recuperar el historial de medicamentos recetados: Otorgo mi consentimiento y autorización a mi proveedor de FHC a recopilar el historial de medicamentos recetados, así como a mi farmacia y aseguradora de salud a divulgar información sobre las recetas surtidas en cualquier farmacia o cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Otorgo mi consentimiento para que FHC obtenga mi historial de medicamentos. El historial de medicamentos es una lista de medicamentos recetados por nuestros u otros proveedores. Las farmacias y las aseguradoras de salud contribuyen a la recopilación de este historial. Su proveedor conserva su historial de medicamentos recetados en el sistema de expedientes médicos electrónicos (Electronic Health Record, EHR) de FHC y se convierte en parte de su registro médico personal.

Asignación de beneficios: Autorizo el pago de beneficios directamente a FHC por los servicios que me preste FHC. Esta autorización de pago permanece en vigor durante un año a partir de la fecha de la firma, independientemente de los cambios en la fuente pagadora.

Consentimiento para la comunicación: Otorgo mi consentimiento y autorización a FHC y a sus entidades relacionadas, agentes, contratistas, incluidos, entre otros, los departamentos de programación, facturación y otros, a utilizar sistemas de marcado telefónico automatizado, mensajes de texto SMS y correo electrónico para (1) proporcionarme mensajes (incluidos mensajes pregrabados o mensajes de texto) sobre mi cuenta, fechas de vencimiento de pago, pagos atrasados, información para servicios y/o productos médicos proporcionados o relacionados con ellos, intercambiar información, comunicar cambios en las leyes de atención médica, cobertura de salud, seguimiento de la atención y otro tipo de información de atención médica o (2) proporcionar mensajes (incluidos mensajes pregrabados) durante una llamada o a través de un mensaje de texto que entregue un mensaje de "atención médica" realizado por, o en nombre de, una "entidad cubierta" o su "socio comercial", según se definen esos términos en la Regla de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), el Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) Partes 160.103. Comprendo que puedo excluirme llamando a 'FHC'.

Acuse de recibo: Reconozco que se me proporcionó el Manual para el paciente de FHC, que incluye la Política financiera de FHC y una descripción detallada de los usos y las divulgaciones que se permiten mediante este consentimiento, así como otros derechos que tengo con respecto a mi información médica protegida.

Firma del paciente, del padre, de la madre o del representante legal

Fecha:




Family Health Centers

Care for your Health & Wellness

Comprobante de ingresos para descuentos de tarifas variables

Family Health Centers (FHC) ofrece descuentos en nuestros servicios según el tamaño de su familia y los ingresos. El **descuento de tarifa variable** puede hacer que su atención médica y sus medicamentos recetados sean más asequibles. Para obtener el descuento de tarifa variable de FHC, debe mostrar un comprobante de ingresos dentro de los **30 días** de la primera visita. Los siguientes artículos son comprobantes de ingresos que FHC pueden aceptar. Elige uno de estos artículos para llevar.

<p>Recibos de pago actuales para el mes de trabajo más reciente de todas las personas que trabajan en su hogar.</p> <p>4 recibos de pago si se pagan semanalmente, o 2 recibos de pago si se pagan cada dos semanas.</p> <p>Esto puede incluir recibos de pago por desempleo.</p>	<p>Carta de una organización que lo ayuda, como una Iglesia, en la que se indica su situación en relación con sus ingresos.</p> <p>Las cartas deben ir en papel con membrete, firmadas, con el nombre y el número de teléfono de la persona que escribe la carta.</p>	<p>Carta de su empleador en la que se indica el monto de sus ingresos.</p> <p>Las cartas pueden estar escritas a mano o con membrete, deben estar firmadas, con el nombre y el número de teléfono de la persona que escribe la carta. La carta debe incluir su tasa de pago y la cantidad de horas trabajadas cada semana.</p>
<p>Carta para el Seguro Social, SSI, discapacidad, desempleo, cupones de alimentos u otra asistencia pública que demuestre sus ingresos.</p> <p>Solo se necesita 1 carta.</p>	<p>La declaración de impuestos o W2 más reciente de su empleador.</p>	 <p>Solo se necesita un documento de prueba de ingresos.</p>

El comprobante de ingresos se puede llevar a cualquier ubicación de FHC que sea conveniente para usted. Si tiene dependientes que también usarán los servicios de FHC, comuníquese a la recepcionista para que su descuento variable también se pueda establecer al mismo tiempo.

Sus descuentos se basan en los límites federales de pobreza (Federal Poverty Limits, FPL). Puede esperar el siguiente descuento una vez que se determine su descuento móvil:

VARIABLE A	B	C	D	E	F
100% FPL	101 % - 125 % FPL	126 % - 150 % FPL	151 - 175 %	176 - 200 %	Más del 200 % FPL
20 dólares/visita médica 30 dólares/visita al dentista	Pague el 20 % de la factura total.	Pague el 40 % de la factura total.	Pague el 60 % de la factura total.	Pague el 80 % de la factura total.	Sin descuento.

Si FHC no recibe su comprobante de ingresos, se le asignará una VARIABLE F.



Formulario de inscripción en la clínica escolar

Escuela/docente: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Número de teléfono particular:	Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
PADRE, MADRE O TUTOR					
Apellido del tutor n.º 1: me: La	Nombre del tutor n.º 1:	Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre o madre de acogida	¿El tutor vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Teléfono celular:	Teléfono laboral:	Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:		
Apellido del tutor n.º 2: me: La	Nombre del tutor n.º 2:	Relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Padrastro o madrastra <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre o madre de acogida	¿El tutor vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Teléfono celular:	Teléfono laboral:	Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:		
Contacto de emergencia que no sea el padre ni la madre:	Número de teléfono de contacto en caso de emergencia:	Relación con el niño:	Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa americana o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico		
¿Cuántas personas viven en su hogar?	Ingresos anuales totales (información obligatoria):	Idioma:	Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino		
¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda? <input type="checkbox"/> Tengo vivienda <input type="checkbox"/> Opto por no responder esta pregunta		<input type="checkbox"/> No tengo vivienda (vivo en el hogar de otras personas, en un hotel, en un albergue, a la intemperie en la calle, en un vehículo o en un parque)			
¿Le preocupa perder su vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opto por no responder esta pregunta					
¿Asiste su hijo a la escuela pública del condado de Jefferson? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿A qué farmacia acude? _____		Calle: _____			
¿Prefiere usar la farmacia de FHC situada en 4112 Taylor Blvd, Louisville KY 40215? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO:					
Si tiene una tarjeta médica, una tarjeta de KCHIP o un seguro privado, rellene la siguiente información. La información del seguro figura en el anverso y reverso de la tarjeta del seguro.					
Nombre de la compañía de seguros o de la organización de atención administrada:	Número de la tarjeta médica/ID/número de póliza:	Número de grupo:			
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (información obligatoria):	Relación con el paciente:			
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ODONTOLÓGICO:					
Si tiene otro seguro odontológico, rellene la siguiente información: La información del seguro figura en el anverso y reverso de la tarjeta del seguro.					
Nombre de la compañía de seguros o de la organización de atención administrada:	Número de la tarjeta médica/ID/número de póliza:	Número de grupo:			
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (información obligatoria):	Relación con el paciente:			
Declaro que, a mi leal saber y entender, la información facilitada es verídica. También entiendo que, al firmar este formulario, reconozco que tengo acceso a una copia de los Derechos y responsabilidades del paciente y del Aviso de privacidad de Family Health Centers que se proporciona en la clínica o que puedo encontrar en https://www.fhclouisville.org/get-health-care/for-patients/patients-rights/					
Firma del padre, de la madre o del tutor QUE TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL MENOR: X			Fecha: X		
Nombre en letra de imprenta:					