



Formulario de referencia: Personal de la escuela

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Su nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Es posible que nuestro proveedor desee comunicarse con usted para analizar sus inquietudes sobre la remisión. Proporcione su información de contacto y el mejor momento para contactarlo.

Teléfono: _____ Mejor hora para contactar: _____

Área de preocupación (por favor describa):

___ Preocupaciones de comportamiento:

___ Preocupaciones sociales:

___ Preocupaciones emocionales:

___ Problemas de salud física:

___ Preocupaciones familiares:

___ Otro: _____

Preocupaciones de comportamiento (marque todas las que correspondan):

___ Expuesto a la violencia comunitaria, otro

___ Desesperanza, visión negativa del futuro

___ Estado de ánimo ansioso, temeroso o irritable

___ Inquieto o asustado fácilmente

___ Motivación baja o disminuida

___ Juegos o comportamientos sexualizados

___ Habla en exceso

___ Miedos o fobias específicas

___ Desatento, distraído, olvidadizo

___ Desorganizado, comete errores por descuido

___ Pelea y es agresivo

___ Trauma del estado de ánimo triste, deprimido irritable

___ Baja autoestima, autoafirmaciones negativas

___ Dificultad para concentrarse

___ Disminución del interés en las actividades

___ Agresivo

___ Preocupaciones excesivas

___ Se levanta del asiento y se mueve constantemente

___ Interrumpe y deja escapar respuestas

___ Comportamiento pegajoso

___ Enfadado con los demás, culpa a los demás

___ Discutidor y desafiante

¿Con qué frecuencia ocurre el comportamiento?

¿Cuánto tiempo ha estado ocurriendo esto?

¿Qué intervenciones se han intentado

previamente? _____

¿Se ha notificado a los padres/tutores sobre el problema? ___ Sí No

Información de contacto de los padres/tutores:

Nombre: _____

Teléfono: _____



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Estudiantes Nombre Completo

Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

En Sterling Health Care, nos esforzamos por brindar la atención más completa posible a nuestros pacientes. Es por eso que hemos ampliado nuestros servicios en su área y nos asociamos con las escuelas del condado de Bourbon para ofrecer servicios de salud conductual en las escuelas. Nuestros proveedores trabajarán para brindar la mejor atención posible a su hijo en el entorno escolar.

En el proceso de brindar atención en la escuela, nuestros proveedores solo compartirán la información del paciente cuando sea clínicamente necesario para mejorar el bienestar general o la seguridad de su hijo. Cualquier información pertinente que se comparta solo tendrá lugar entre nuestro proveedor y los miembros del personal de BCS apropiados para garantizar el mejor resultado clínico y la mayor consideración por proteger la privacidad de nuestros pacientes.

Para proporcionar servicios en la escuela, necesitaremos que complete el consentimiento a continuación:

Yo _____ doy mi consentimiento para que mi hijo _____ reciba servicios de salud conductual en la escuela en el sistema escolar del condado de Bourbon de Sterling Health Care.

También doy mi consentimiento:

- Para que el personal de Sterling Health Care revise el registro escolar completo de mi hijo, incluida la asistencia y la información que ayudará al personal en la continuidad de la atención y el tratamiento de mi hijo.
- Para que el personal de Sterling Health Care comunique y divulgue información de salud conductual con el personal apropiado de las escuelas del condado de Bourbon con respecto al éxito de mi hijo en la escuela y en el entorno escolar.
- Para que la clínica escolar de Sterling Health Care divulgue a las agencias correspondientes o al médico cualquier información médica y de facturación que pueda resultar del contacto de mi hijo con el centro de salud escolar.
- Para que el personal de la clínica escolar de Sterling Health Care obtenga cualquier registro o información de cualquier agencia o profesional privado con respecto a la atención de mi hijo. Sterling Health Care School-Based Clinic se libera de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de dicha información.
- Autorizo a Sterling Health Care a divulgar información médica sobre mí o mi hijo a Medicare, KCHIP, seguro de Medicaid y otros terceros pagadores para determinar el pago del servicio.
- Solicito que el pago de los beneficios del seguro médico autorizado se realice a Sterling Health Care en mi nombre por los servicios recibidos.

Entiendo que Sterling Health Care proporcionará una copia de su Aviso de prácticas de privacidad cuando lo solicite.

Firma del Padre / Tutor

Fecha



Autorización para la divulgación de información

El abajo firmante autoriza:

Cuidado de la salud esterlina
633 Maysville Road
Monte Sterling, KY 40353
Teléfono: (859) 404-7686
Fax: (859) 498-8160

liberar a
(Oregón)
adquirir de

Escuelas del condado de Bourbon
Calle Lexington 3343
París, KY 40361

Información del registro del paciente/clínica que figura a continuación:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Razón de la solicitud:

Interés personal Continuidad de la atención Transferencia de la atención Reclamo de Seguro Social/Discapacidad
 Procedimientos legales Procesamiento de reclamaciones de seguros Otro:

Fecha(s) de Servicio(s) que se lanzará: **Todos** _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización. Esta autorización terminará en la siguiente fecha, evento o condición: _____. Si no se especifica fecha, evento o condición, esta autorización vencerá en **un año** a partir de la fecha de la firma. También entiendo que mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago de servicios o elegibilidad para beneficios. Si un servicio es solicitado por una parte que no sea el paciente con el fin de crear información de salud, la negativa a firmar esta autorización puede resultar en la denegación de la solicitud de servicio.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización y para hacerlo debo enviar una solicitud por escrito a Sterling Health como se autorizó anteriormente.

Entiendo que puedo obtener una copia de mis datos de atención médica y para hacerlo debo enviar una solicitud por escrito a Sterling Health según lo autorizado anteriormente.

Entiendo que ningún tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios puede estar condicionado a que yo firme esta autorización.

La instalación, sus empleados, funcionarios y médicos quedan liberados de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley federal, **excepto la información sobre el tratamiento de drogas y alcohol.**

Registros de tratamiento de salud mental y/o drogas y alcohol que están autorizados para ser divulgados:

Por favor marque los artículos apropiados:

Notas de psicoterapia Evaluación psicosocial Plan de tratamiento Medicamentos
 Notas de terapia grupal Notas de administración de medicamentos Evaluación /pruebas psiquiátricas
 Evaluación/ pruebas psicosociales Resumen del alta Exámenes de laboratorio Otro
(especifique): _____

Registros de tratamiento de alcohol/drogas Evaluaciones de alcohol/drogas Registro de laboratorio y tratamiento



Entiendo que se debe dar un permiso especial para la divulgación de los resultados de salud mental/drogas y alcohol/VIH. Entiendo que al ingresar mi firma a continuación, estoy divulgando la información detallada a las personas o instalaciones mencionadas anteriormente.

**** Entiendo que mi información de salud está protegida por las normas federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes por abuso de alcohol y drogas, 42 CFR Parte 2 que prohíbe la divulgación y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) 45 CFR Partes 160 y 164 y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las reglamentaciones. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Privacidad HIPAA. ****

Nombre impreso: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/padre/tutor/representante legal: _____ Fecha: _____

SOLO PARA PERSONAL DEL CENTRO

____ Identificación del paciente verificada. Fecha de firma: _____



STERLING HEALTH CARE - NIÑO

INFORMACIÓN DE TUTELA

¿Es usted el tutor legal del niño? Sí No

Si marcó no, ¿quién tiene la tutela legal? _____

**** Si no es el padre biológico o adoptivo, debe proporcionar documentación legal de tutela ****

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido : _____ Primer Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Apodo: _____ Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Raza: Indio americano/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano Nativo hawaiano Blanco Otro

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/No Latino

Idioma preferido: Inglés Español Se necesita intérprete

Dirección: _____ Código Postal : _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Comunicación preferida : teléfono/correo electrónico

Contacto telefónico preferido : Casa Celular Trabajo

Situación de vivienda Sin hogar Transicional Duplicando Calle Otro Desconocido No sin hogar

Trabajador agrícola Migrante Temporal ¿Eres un veterano Sí No

En caso de Emergencia, favor de comunicarse con:

Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Dirección _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Seguro primario: _____ ID# _____ GRUPO# _____

Seguro secundario: _____ IDENTIFICACIÓN# _____

GRUPO# _____

Nombre _____ del suscriptor: Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Género del suscriptor: Femenino Masculino Teléfono del suscriptor _____

Dirección del Suscriptor si es diferente a la del Paciente: _____



NIÑO NUEVO PACIENTE HISTORIAL

ALERGIAS

medicamentos	
Vacunas	
Alimento	
Otro	

MEDICAMENTO(S) ACTUAL(ES)

Nombre del medicamento	Dosis	Direcciones

HISTORIAL DE NACIMIENTO

¿Era este niño? Término completo Prematuro Adoptado
Si es prematuro, ¿cuántas semanas? _____ Si es adoptado, ¿a qué edad? _____

¿Tipo de entrega? Vaginal Cesárea Si cesárea, ¿por qué? _____
Peso al nacer _____ Nalgas? Sí No

¿Algún problema durante el período de recién nacido? Sí No
En caso afirmativo, explíquelo
porfavor _____

HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO

¿Alguna hospitalización? Sí No

Motivo de la hospitalización	Fecha de Hospitalización	Centro donde fue hospitalizado



¿Alguna cirugía? Sí No

Tipo de Cirugía	Fecha de Procedimiento	Instalación donde se realizó el procedimiento

HISTORIA FAMILIAR

¿Hay antecedentes familiares de problemas de salud mental o abuso de sustancias? __ Sí No

Si es así, indique qué y quién: _____

HISTORIA SOCIAL

¿Quién vive en la casa de su hijo?

¿Está su hijo en: Guardería Escuela Si es así, en qué grado? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo? _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor
