



Estimados Padres / Tutores de Bethel:

¡Su hijo ahora puede recibir atención médica directamente en la escuela!

El Distrito Escolar de Bethel se enorgullece en anunciar la apertura de un centro de salud escolar (SBHC) en el Bethel Learning Center. Es administrado independientemente por Community Health Care (CHC), un centro de salud comunitario local que sirve al condado de Pierce. El SBHC brinda atención médica primaria, atención dental y consejería de salud mental a los estudiantes y al personal del distrito.

El SBHC está abierto a todos los estudiantes matriculados en el Distrito Escolar de Bethel, grados K-12, y empleados del distrito escolar. Servicios incluirán:

- Vacunas
- Exámenes físicos anuales para niños y exámenes físicos deportivos.
- Evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones.
- Tratamiento de afecciones crónicas como el asma o la diabetes.
- Medicamentos recetados
- Atención dental (exámenes, radiografías, limpiezas, fluoruro, selladores, rellenos para caries, etc.)
- Examen de la vista
- Atención de salud mental (detección y asesoramiento para depresión, ansiedad, abuso de sustancias, etc.)
- Servicios confidenciales según la ley estatal de WA
- Educación para la salud
- Referencias a otros especialistas de atención médica si es necesario

El SBHC puede ver a su hijo incluso si usted no tiene seguro o no puede pagar.

- Si tiene seguro, CHC le facturará a su seguro por los servicios.
- Si no tiene seguro, CHC puede ayudarlo a obtener un seguro médico de bajo costo o sin costo.
- Si no puede obtener un seguro por cualquier motivo, o si tiene un seguro pero aún no puede pagar el costo de la atención, CHC proporcionará atención de bajo costo en una escala de tarifas variable en función de sus ingresos.

CHC no rechazará el servicio a **ningún** estudiante, independientemente de las circunstancias familiares o la incapacidad de pago.

Usted deberá inscribir a su hijo en el SBHC para que pueda usar estos servicios. El SBHC puede ser el hogar de atención médica de su hijo para todas sus necesidades médicas, dentales y de salud conductual.

Para inscribirse en el SBHC, complete y firme los siguientes formularios en este paquete de inscripción:

Formulario de registro del paciente	Historial de salud
Formulario de consentimiento SBHC	Solicitud de tarifa móvil
Notificación de elegibilidad de seguro	

Por favor devuelva el paquete de inscripción al SBHC en 21818 38th Ave E, Spanaway, WA 98387 (Bethel Learning Center). Las versiones en papel del paquete están disponibles en SBHC.

El Distrito Escolar de Bethel es afortunada de tener un centro de salud en la escuela, ***¡porque los niños sanos aprenden mejor!*** Si desea obtener más información sobre el SBHC y sus servicios, llame al **253-722-1718** o visite y conozca al personal del SBHC!

Sinceramente,

Tom Seigel, Bethel School District Superintendent

Compasivo - Consistente - Conveniente

COMMUNITY
HEALTH
Care
MEDICAL • DENTAL • PHARMACY

Centro de Salud Escolar en el Distrito Escolar Bethel

¿Qué es un Centro de Salud Escolar (SBHC)?

❖ Un centro de salud basado en la escuela es una clínica ubicada en la escuela o en la propiedad de la escuela que brinda servicios médicos, dentales y de salud conductual de espectro completo. Los estudiantes pueden evitar faltar a la escuela cuando están enfermos y obtener apoyo para tener éxito en su aula al tener un acceso rápido y constante a la atención médica mientras están en la escuela. El SBHC del Distrito Escolar de Bethel es operado por Community Health Care y sigue las leyes, políticas, procedimientos y estándares profesionales y estatales de atención médica, dental y de salud conductual. Con un consentimiento de los padres previamente firmado, los estudiantes puede acceder a la atención médica durante el horario escolar típico.

¿Quién puede usar el Centro de Salud Escolar?

❖ Cualquier estudiante de cualquier escuela del Distrito Escolar de Bethel que esté inscrito en el SBHC puede recibir servicios, así como cualquier miembro del personal del Distrito Escolar de Bethel.

¿Dónde está ubicado el Centro de Salud Escolar?

A partir del 11 de septiembre de 2019, se ubicará una clínica temporal en el Bethel Learning Center. El centro de salud permanente se abre en Bethel en la primavera de 2020.



¿Quién es el personal del Centro de Salud Escolar??

Los SBHC cuentan con un equipo de profesionales de la salud certificados que pueden incluir: un médico de medicina familiar, un profesional de enfermería registrado avanzado, un asistente médico certificado, un dentista general, un especialista en salud conductual, un enfermero registrado, asistentes dentales, asistentes médicos, recepcionistas y especialistas de inscripción de seguros.

¿Cuál es el horario del Centro de Salud Escolar? ¡8am - 5pm lunes a jueves!

- ❖ El SBHC está abierto todo en año con horario limitado en el verano.
- ❖ Servicios disponibles:
 - Médico: lunes y miércoles
 - Dental (sin cita previa): muesday
 - Visitas de consulta sin cita previa con la enfermera: martes y jueves
 - Consejería: próximamente en octubre (de lunes a jueves)

¿Los estudiantes deben tener permiso de los padres para visitar el SBHC? **SÍ**

❖ Los padres o tutores legales deben firmar previamente los formularios de consentimiento para que su hijo reciba atención. Según la ley estatal de WA, todos los estudiantes pueden recibir atención médica de emergencia sin el

consentimiento de los padres. Los niños mayores de 13 años pueden recibir servicios confidenciales según la ley del estado de Washington; y tratamiento de salud mental y abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres. Siempre se anima a los estudiantes que reciben estos servicios a hablar sobre problemas de salud con padres / tutores seguros.

- ❖ Si hay un problema urgente, el personal de SBHC puede llamar a los padres para obtener el consentimiento verbal para tratar al niño.
- ❖ Siempre se anima a los padres / tutores a participar directamente en el cuidado de sus hijos, pero si tiene problemas para tomarse un tiempo libre o no puede asistir a la cita (y hay un consentimiento firmado previamente), podemos ver a su hijo durante el día escolar y llamarle después de la cita con una actualización.

¿Pueden los estudiantes asistir a citas durante el tiempo de clase? **SÍ**

- ❖ Los SBHC se centran en ayudar a los estudiantes a permanecer en la escuela y aprender. Los SBHC hacen todo lo posible para programar citas para que los estudiantes no se pierdan las clases básicas.

Si mi hijo está enfermo en casa, ¿pueden llevarlo al SBHC para que lo vean? **SÍ**

- ❖ Cualquier estudiante inscrito en el SBHC puede ser visto en cualquier momento por cualquiera de nuestros proveedores médicos, dentales y de salud del comportamiento.

¿Cómo se inscribe un estudiante en el SBHC?

- ❖ Los padres o tutores legales deben completar y devolver un Paquete de consentimiento de los padres. Solo los estudiantes que están inscritos en el SBHC pueden ser vistos en el SBHC. Los paquetes de consentimiento para padres se pueden encontrar en <https://www.commhealth.org/sbhc>

¿Necesita un estudiante tener un seguro de salud para ser atendido en el SBHC? **NO**

- ❖ Los SBHC brindan atención a los estudiantes, tengan o no seguro. Los seguros privados y estatales se facturarán por los servicios cuando corresponda. Hay una tarifa variable disponible para familias con seguro insuficiente o sin seguro. La tarifa variable se basa en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Ningún estudiante será rechazado por falta de capacidad de pago. Un especialista en inscripción de seguros es una parte importante del equipo de SBHC y puede ayudarlo a encontrar un plan de seguro que se adapte a sus necesidades financieras y familiares.

¿La escuela de mi hijo todavía tiene una enfermera escolar? **SÍ**

- ❖ Un SBHC no reemplaza el papel tan importante de una enfermera escolar. Al trabajar con la enfermera de la escuela, se pueden obtener recursos adicionales y más rápidos para estudiantes con necesidades médicas, dentales y / o de salud conductual. Si su hijo se enferma durante el día escolar, él / ella seguirá yendo a la enfermería de la escuela y la enfermera lo llamará. La enfermera le preguntará si desea que su hijo sea visto en el SBHC.

¿Se puede ver a mi hijo si ya tenemos un médico de atención primaria (PCP)? **SÍ**

- ❖ Un estudiante puede inscribirse en el SBHC y mantener su doctor familiar regular. El SBHC siempre enviará copias de las visitas al doctor habitual de su hijo. Si su estudiante NO tiene un doctor regular, puede inscribir a su hijo y usar el SBHC como el doctor de atención primaria de su hijo. Como paciente de CHC, su hijo podría acceder a cualquiera de las clínicas de atención primaria, clínicas dentales, clínicas especializadas, cuidados urgentes y farmacias de Community Health Care. Puede encontrar una lista completa de los recursos de CHC en <https://www.commhealth.org>

Información del Paciente

Apellido Legal

Nombre Legal

Inicial

Nombre Preferido

Número de Seguro Social

Fecha Nacimiento

Género asignado al nacer:

- Masculino Femenino

Género Legal Actual:

- Masculino Femenino Indiferenciado

Identidad de Género:

- Prefiero no responder Hombre Mujer
 Hombre a Mujer Mujer a Hombre Otro: _____

Orientación Sexual:

- Prefiero no responder Heterosexual Lesbiana/gay
 Bisexual Otro: _____

Pronombre Preferido:

- Prefiero no responder El/a El/de El Ella/a Ella/de Ella
 Ellos/a Ellos/de Ellos Ze/Hir Otro: _____

Dirección Física

Dirección Postal (si es diferente a la física)

Ciudad

Estado

Código Postal

Ciudad

Estado

Código Postal

Estado Civil:

- Viudo(a) Casado Soltero Divorciado

Estado Estudiantil:

- Tiempo Completo No Estudiante Tiempo Parcial

¿Sería útil un intérprete para su visita?

- Sí No

Lenguaje Primario

Tengo un Doctor primario

Tengo un Dentista primario

Información de Contacto del Paciente

Teléfono de Casa

Teléfono de Día

Correo Electrónico*

Número de contacto preferido:

- Teléfono de Casa Teléfono de Día
 Permiso que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?

- Correo Electrónico Llamada Texto Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia

Relación/Parentesco

Número de Teléfono

Datos Demográficos adicionales del Paciente (UDS)

Sin no tiene Hogar/Albergue:

- Comparto habitación Albergue La Calle Transicional
 Otro: _____ Desconocido

Para Trabajadores Agrícolas:

- Estacional Inmigrante

¿De que origen étnico se considera usted?

- Mexicano/a Mexicoamericano/a Cubano/a Chicano/a
 Otro origen hispano, latino o español Puertorriqueño/a
 Prefiero no responder No de origen hispano, latino o español

¿De que raza se considera usted?

- Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático indio/asiática india
 Negro/Afroamericano Chino/a Filipino/a Guameño/a o chamorro/a
 Nativo Hawaiano Japonés/esa Coreano/a Otro origen asiático
 Otro Isleño del Pacífico Samoano/a Vietnamita Blanco
 Prefiero no responder

¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos? Esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Fuerza Espacial, Guardia Nacional, o Reservas, o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS), y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA). Sí No

¿Cual es su farmacia preferida? (nombre y ubicación)

*Community Health Care no venderá ni rentará su dirección de correo electrónico, nombre, dirección u otra información proporcionada a nadie. Community Health Care no compartirá su dirección de correo electrónico, nombre o apellido, dirección u otra información recibida a nadie, excepto: podemos ceder información personalmente sobre su identidad, como sea requerido legalmente, para nosotros poder responder a citaciones, órdenes judiciales u otros procesos legales.

Apellido	Nombre	Inicial	Nombre Preferido
Número de Seguro Social	Fecha Nacimiento		
Género asignado al nacer:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Género Legal Actual:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Indiferenciado
Identidad de Género:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
	<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Orientación Sexual:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana/gay
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Pronombre Preferido:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> El/a El/de El	<input type="checkbox"/> Ella/a Ella/de Ella
	<input type="checkbox"/> Ellos/a Ellos/de Ellos	<input type="checkbox"/> Ze/Hir	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Dirección Física	Dirección Postal (si es diferente a la física)				
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	
Estado Estudiantil:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> No Estudiante	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial		
	¿Sería útil un intérprete para su visita?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Lenguaje Primario	<input type="checkbox"/> Tengo Doctor primario		<input type="checkbox"/> Tengo un Dentista primario		

Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable

Teléfono de Casa	Teléfono de Día	Correo Electrónico*
Número de contacto preferido:	<input type="checkbox"/> Teléfono de Casa	<input type="checkbox"/> Teléfono de Día
	<input type="checkbox"/> Permito que deje mensaje detallado en mi teléfono preferido	
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Llamada
	<input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia	Relación/Parentesco	Número de Teléfono
---	----------------------------	---------------------------

Datos demográficos adicionales de la Parte Responsable (UDS)

Sin no tiene Hogar/Albergue:	<input type="checkbox"/> Comparto habitación	<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> La Calle	<input type="checkbox"/> Transicional
	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Desconocido	
Para Trabajadores Agrícolas:	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Inmigrante		
¿De que origen étnico se considera usted?	<input type="checkbox"/> Mexicano/a		<input type="checkbox"/> Mexicanoamericano/a	<input type="checkbox"/> Cubano/a
	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a	<input type="checkbox"/> Chicano/a
			<input type="checkbox"/> No de origen hispano, latino o español	
¿De que raza se considera usted?	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Chino/a	<input type="checkbox"/> Filipino/a
	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> Japonés/esa	<input type="checkbox"/> Coreano/a
	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Samoano/a	<input type="checkbox"/> Vietnamita
			<input type="checkbox"/> Asiático indio/asiática india	<input type="checkbox"/> Guameño/a o chamorro/a
			<input type="checkbox"/> Blanco	

¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos? Esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Fuerza Espacial, Guardia Nacional, o Reservas, o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS), y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA). Sí No

¿Cómo se enteró sobre nosotros?

- Tacoma/Departamento de Salud del Condado Pierce Programa de Intercambio de Agujas Empleado de CHC
 ¿Hospital—cuál? _____ Promotor de Salud Paciente de CHC
 Otro: _____

Información de Seguro Primario

¿Accidente Automovilístico?

¿Lesión en el Trabajo?

Nombre de la Compañía

Número de ID de Póliza

Número de Grupo

Dirección de Reclamos de Seguro

Fecha de Vigencia

Nombre del Asegurado

Fecha de Nacimiento

Parentesco al Paciente

¿Accidente? Sí No
 Trabajo Auto

Fecha de Accidente

Número de Reclamo o fecha de la lesión

Autorización, Consentimiento y and Cesión de Beneficios

Por la presente doy consentimiento para la atención ambulatoria con Community Health Care con un equipo multidisciplinario de médicos. Esta atención puede incluir: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y tratamiento para atención Médica, Psiquiátrica, de Salud del Conductual y/o Dental Estos servicios se pueden brindar en una de nuestras clínicas o mediante un sistema de telemedicina, utilizando equipos de videoconferencia. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Care y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el tratamiento/consulta de atención médica, psiquiátrica, de salud conductual y/o dental con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y se utilizará para reclamos futuros. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante notificación por escrito. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Care.

Entiendo que Community Health Care me facturará a mí o a mi Seguro por visitas médicas en persona, audiovisuales y de audio solamente, dentales y/o de salud mental.

¿Hay alguien con quien le gustaría que compartamos su información médica/dental **general**?

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Relación con el paciente (si el paciente es menor de edad o tiene un tutor): _____

For Office Use Only:

Patient Declined Sliding Fee Patient Declined Sliding Fee and Income Range Declaration

Initials _____

Formulario de Consentimiento para Servicios del Centro de Salud Basado en la Escuela Suplementaria

Nombre completo del estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela

Grado escolar

El centro de salud escolar (SBHC) es una clínica de Community Health Care (CHC). Si inscribo a mi hijo en el SBHC, él o ella se registrará como paciente de CHC y puede recibir servicios en cualquier clínica de CHC. Entiendo que el proveedor médico de SBHC puede ser el proveedor de atención primaria designado de mi hijo. Si mi hijo no está inscrito en el SBHC, puede continuar recibiendo servicios de enfermería escolar.

Los servicios en el SBHC pueden incluir, entre otros: vacunas, exámenes anuales para niños, exámenes físicos deportivos, evaluación y tratamiento de enfermedades y lesiones, tratamiento de afecciones crónicas, medicamentos, atención dental, exámenes de la vista, atención de salud mental / conductual, evaluaciones de salud / consejería / educación y / o referencias a otros especialistas de atención médica. Podrá encontrar servicios integrales adicionales en otras clínicas de CHC. Puede encontrar una lista completa de ubicaciones de CHC en www.commhealth.org.

Al marcar sí, doy mi consentimiento para los siguientes servicios:

¡ Si! Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención médica, incluyendo los servicios de salud del comportamiento a través del Centro de Salud Escolar CHC.

¡ Si! Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba atención dental a través del centro de salud escolar. Ejemplos: rellenos, extracciones, mantenedores de espacio, limpiezas, rayos X, selladores, aplicación de flúor.

Medicinas / Vacunas:

Permito que los proveedores de SBHC administren medicamentos de venta libre (como Tylenol) a mi hijo. Entiendo que los proveedores de SBHC se comunicarán conmigo para obtener un consentimiento verbal específico antes de administrar un medicamento recetado a mi hijo. **Tenga en cuenta: todas las vacunas requeridas y recomendadas se administrarán a menos que el padre o tutor especifique lo contrario.**

(inicial) NO doy consentimiento para que CHC le dé a mi hijo ningún medicamento de venta libre sin el consentimiento verbal específico de un padre / tutor.

(inicial) NO doy mi consentimiento para que el personal de SBHC le dé vacunas a mi hijo.

Citas:

Entiendo que un padre / tutor pueden hacer citas para mi hijo en el SBHC. Puedo elegir si estar o no estar presente durante estas citas. Si no estoy presente, se autoriza que mi hijo recibir servicios en mi ausencia. Los proveedores de SBHC se comunicarán conmigo por teléfono para obtener un permiso verbal para brindar tratamiento cuando no se trate de una emergencia. Si mi hijo tiene una emergencia médica, los proveedores de CHC SBHC lo atenderán según la ley del estado de Washington o llamarán al 911.

Comunicaciones de Texto:

Los estudiantes y / o padres / tutores pueden enviar mensajes de texto a la clínica para hacer una cita inicial. Permito que CHC se comunique conmigo / mi hijo a través de mensajes de texto con el único propósito de programar y confirmar citas. CHC nunca discutirá ni divulgará ninguna información personal de salud conmigo/

mi hijo a través de texto. Una vez que mi hijo está inscrito como paciente de CHC, puedo comunicarme con su proveedor a través de una aplicación gratuita de mensajes de texto cifrados.

Liberación de Información:

Por la presente, permito que el Centro de Salud Escolar de Bethel (SBHC) divulgue al Distrito Escolar de Bethel si mi estudiante de secundaria o preparatoria se presenta en cualquier momento en el SBHC. El propósito de esta divulgación es para que la escuela de mi estudiante pueda tomar en cuenta el traslado sin escolta entre la escuela y el (SBHC), cuyo permiso podrá ser otorgado o retenido por el Distrito a su exclusivo criterio. La divulgación de esta información por parte del SBHC al Distrito NO incluirá información de salud protegida relacionada con mi estudiante. (Nota: los estudiantes de primaria serán escoltados cuando se trasladen entre la escuela y el SBHC).

Autorizo a CHC a divulgar registros médicos a los demás proveedores de atención médica de mi hijo según sea necesario para ayudar en el tratamiento y / o la continuidad de la atención de mi hijo. Estos registros pueden incluir, entre otros, los siguientes: registros de vacunación, resultados de exámenes físicos deportivos, afecciones médicas y de salud conductual, medicamentos y planes de tratamiento. Los proveedores de servicios médicos y de salud mental del SBHC de CHC pueden participar en los equipos de asistencia o éxito escolar de mi hijo si es necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica de mi hijo a divulgar información al personal de SBHC de CHC según sea necesario.

Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre / tutor legal del estudiante mencionado anteriormente y estoy autorizado a dar este consentimiento. Este consentimiento tendrá vigencia por un año a partir de esta fecha.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Número de teléfono preferido del tutor para contacto urgente durante el día: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE

De acuerdo con la ley estatal y / o federal, cuando se proporciona el consentimiento para la atención, la información de atención médica se mantiene confidencial. Existen algunas excepciones. Por ejemplo:

- Cuando el paciente otorga un permiso mediante un formulario de divulgación de información firmado.
- Cuando el paciente indica riesgo de daño inminente para sí mismo o para otros.
- Cuando el paciente tiene un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años.
- Cuando hay razones para sospechar abuso o negligencia.
- Ciertas enfermedades transmisibles deben ser reportadas a las autoridades de salud pública.

Los centros de salud escolares de Community Health Care alientan a cada estudiante a involucrar a sus padres o tutores en las decisiones de atención médica siempre que sea posible. Según la ley del estado de Washington, los jóvenes pueden acceder independientemente a la atención de salud reproductiva a cualquier edad sin el consentimiento de los padres / tutores. Además, a partir de los 13 años, los jóvenes pueden recibir de forma independiente servicios para dejar de consumir drogas y alcohol y asesoramiento sobre salud mental sin el consentimiento de los padres / tutores. A partir de los 14 años, los jóvenes pueden recibir de forma independiente pruebas y / o tratamiento para el VIH y ETS. Debido a que los jóvenes pueden recibir esta atención de manera independiente, su consentimiento es legalmente requerido para la divulgación de información sobre el embarazo y las infecciones de transmisión sexual. El consentimiento de los estudiantes de 13 años o más y el consentimiento de los padres / tutores para los estudiantes de 12 años y menores es legalmente requerido para la divulgación de información sobre alcohol y drogas o asesoramiento sobre salud mental. RCW 26.28.010, RCW 7.70.050 (4), RCW 70.24.110, RCW 9.02.100 (1), RCW 71.34.530, RCW 71.34.510, RCW 70.96A.230 y RCW 70.96A.096.

www.commhealth.org

Solicitud Para la Escala da Pagos Con Descuento

Con el fin de satisfacer los requisitos de nuestra Subvención Federal, debemos obtener información de ingresos de todos los pacientes. Para calificar en la escala de pagos con descuento (para pacientes sin seguro y para quienes su seguro no cubre todos los servicios), usted deberá proporcionar la siguiente información. Si usted no tiene seguro, usted también deberá ver a un miembro del personal para determinar si usted califica para un seguro antes de su segunda visita.

¿Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Use el número de personas en su familia que viven en el mismo hogar y comparten el mismo ingreso, alimentos y/o renta. Ese número lo incluye a usted, a su cónyuge, y/o cualquier dependiente. Por favor anote las personas que usted ha incluido:

NOMBRE	RELACION CON USTED	NOMBRE	RELACION CON USTED
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cuánto de su ingreso bruto MENSUAL viene de:

Empleo	_____	Incapacidad	_____
Desempleo	_____	Fondos de Jubilación	_____
Seguro Social	_____	Beneficios para Veteranos	_____
Manutención Conyugal	_____	Asistencia Pública	_____
Becas/Concesiones	_____	Subsidio de Vivienda	_____
Asignación Familiar Militar	_____	Otro	_____

INGRESO MENSUAL TOTAL \$ _____

Entiendo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Doy permiso a Community Health Care para que verifique la información sobre mi estatus financiero. Yo entiendo que debo proporcionar comprobante de esta información en mi siguiente visita o dentro de 30 días a partir de hoy (lo que suceda primero) para poder calificar para la escala de pagos con descuento. Si no recibimos esta información, entonces se cobrará precio completo por la visita.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del Paciente o Padre/Tutor	Fecha
_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento del Paciente	Firma del Miembro del Personal	Fecha

For Office Use Only:

See child's chart
Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____

Insurance eligibility:

- Patient was not eligible for insurance (accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- Patient eligibility is pending (patient has or is applying with Navigator; accept sliding fee per declaration on application and change sliding fee expiration to 1 month from date of declaration until eligibility determined); this can be extended for another month if insurance is still pending.
- Patient was eligible but chose not to accept insurance or meet with navigator (patient must bring in proof of income per policy: check stubs for past month, tax return, or other approved form)
- Patient currently has insurance or is eligible and now has insurance (sliding fee per declaration on application; change sliding fee expiration date to 1 year from declaration)
- Patient no showed or cancelled navigator appointment, was unable to enroll due to enrollment period, or chose not to accept navigator appointment (patient must bring in proof of income)

(Form is scanned into patient record)

