



MEDICAL DENTAL OPTOMETRY

ENROLLMENT FORM / FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Gracias por elegir *HEALS, Inc.* como proveedor de atención médica para su hijo.



Health Establishments At Local Schools

Part of the Solution

Please complete all pages in this packet to register your child with HEALS.
If not completed in its entirety, we will NOT be able to see your child.

Por favor, complete este formulario para registrar a su hijo en HEALS.

Si no está completo, NO PODREMOS atender a su hijo (a)

Datos Demográficos

Child's Name/Nombre del Paciente: _____
First Middle Last

Gender/Sexo: M F Date of Birth/Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / _____ SSN: _____ - _____ - _____

Race/Ethnicity/Raza o Etnia (optional): African-American/ Afro-Americano Caucasian/Caucásico Hispanic/ Hispano
 Native American/Nativo Americano Asian/Asiático

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código Postal: _____

Home phone/Teléfono de casa: _____ School/Escuela: _____

Parent/Legal Guardian's Name(s)/Nombre de los padres o tutores legales: _____

Parent/Guardian's Date of Birth/ Fecha de nacimiento de los padre/tutores: _____

Cell Phone/Celular: _____ Work Phone/Teléfono del trabajo: _____

Email/Correo electrónico: _____

Siblings (names and ages)/Nombre de los **hermanos** (con edades):

Name/ Nombre Age/Edad Name/ Nombre Age/Edad

Name/ Nombre Age/Edad Name/ Nombre Age/Edad

Name/ Nombre Age/Edad Name/ Nombre Age/Edad

Persona Responsable del Menor

Nombre del responsable del menor (Responsible party of the minor) _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____

Género: Masculino Femenino

Estado de empleo: Empleado Negocio propio Desempleado Retirado Estudiante

Nombre del Empleador: _____ Fecha de contratación: ___ / ___ / _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Puesto/Cargo: _____

My child has Medicaid/**Mi Hijo tiene Medicaid:** Yes/Sí No (Si su hijo no tiene seguro llene la Aplicación de ayuda Financiera)

Medicaid number/**Número de Medicaid:** _____

My child has other insurance/**Mi hijo tiene otro seguro:** _____

(Company Name, i.e., BCBS, All Kids, United) / (Compañía, por ejemplo, BCBS, All Kids, United)

Insurance number/**Número de Seguro:** _____ Group number/**Grupo:** _____

Insured person's name/**Nombre del asegurado:** _____

Relationship to child/**Relación con el niño (a):** _____

Insured's date of birth/**Fecha de nacimiento del asegurado:** _____

Is dental care included?/**¿Tiene seguro dental incluido?** Yes/Sí No

Marque solo UNA de las siguientes opciones para SERVICIO MÉDICO:

_____ Mi niño **puede recibir tratamiento medico** en cualquiera de las clinicas médicas de HEALS **sin que yo este presente**. Yo autorizo al personal de HEALS que realice revisiones de salud, dental y vision en mi niño. Tambien autorizo que el personal de HEALS provea educacion de salud, dental y vision a mi niño. El personal de HEALS puede atender a mi niño y mandar notas a mi casa o llamarme para informarme lo que se hizo en la visita. El personal de HEALS puede administrar medicamentos a mi niño si es necesario.

*****Si usted eligió esta opción POR FAVOR COMPLETE TODO EL FORMULARIO*****

_____ Mi niño **puede recibir tratamiento médico** en cualquiera de las clínicas médicas de HEALS **solo cuando yo este presente**. Yo entiendo que si mi niño se lastima o se enferma, el personal de la clínica de HEALS no podrá ver a mi niño y que la escuela me llamará a mi teléfono de casa o celular o del trabajo.

*****Si usted eligió esta opción POR FAVOR COMPLETE TODO EL FORMULARIO*****

_____ Mi niño **NO puede recibir tratamiento médico** en cualquiera de las clínicas médicas de HEALS. Si usted quiere servicio dental o de optometría (ojos)(vea abajo) por favor complete todo el formulario. Si usted no quiere que su niño reciba servicio medico, dental o de optometria (visión), no tiene que completar el formulario.

Marque solo UNA de las siguientes opciones para SERVICIO DENTAL:

_____ Mi niño **puede recibir tratamiento dental** en cualquiera de las clínicas dentales de HEALS **sin que yo este presente**. Yo autorizo al personal de HEALS que haga revisiones dentales y que eduque a mi niño acerca de problemas dentales. El personal de HEALS puede atender a mi niño y mandar notas a mi casa o llamarme para informarme lo que se hizo en la visita. El personal de HEALS puede administrar medicamentos a mi niño si es necesario. *****Si usted eligio esta opción POR FAVOR COMPLETE TODO EL FORMULARIO*****

_____ Mi niño **puede recibir tratamiento dental** en cualquiera de las clinicas dentales de HEALS **solo cuando yo este presente**. Yo entiendo que si mi niño se lastima o se enferma, el personal de la clinica de HEALS no podra ver a mi niño y que la escuela me llamara a mi telefono de casa o celular o del trabajo. *****Si usted eligio esta opción POR FAVOR COMPLETE TODO EL FORMULARIO*****

_____ Mi niño **NO puede recibir tratamiento dental** en cualquiera de las clinicas dentales de HEALS. Si usted quiere servicio medico o de optometria(ojos) por favor complete todo el formulario. Si usted no quiere que su niño reciba servicio dental, medico o de optometria(vision), no tiene que completar el formulario.

Marque solo UNA de las siguientes opciones para SERVICIO DE OPTOMETRÍA:

_____ Mi niño **puede recibir tratamiento de optometría** en cualquiera de las clínicas de optometría de HEALS **sin que yo este presente**. Yo autorizo al personal de HEALS que haga revisiones de la visión (optometría) y que eduque mi niño acerca de problemas de la visión. El personal de HEALS puede atender a mi niño y mandar notas a mi casa o llamarme para informarme lo que se hizo en la visita. El personal de HEALS puede administrar medicamentos a mi niño si es necesario. *****Si usted eligio esta opcion POR FAVOR COMPLETE TODO EL FORMULARIO*****

_____ Mi niño **puede recibir tratamiento de optometría** en cualquiera de las clínicas de optometría de HEALS **solo cuando yo este presente**. Yo entiendo que si mi niño se lastima o se enferma, el personal de la clinica de HEALS no podra ver a mi niño y que la escuela me llamara a mi telefono de casa o celular o del trabajo. *****Si usted eligio esta opcion POR FAVOR COMPLETE TODO EL FORMULARIO*****

_____ mi niño **NO puede recibir tratamiento de optometria** en cualquiera de las clínicas de optometría de HEALS. Si usted no quiere que su niño reciba servicio dental, medico o de optometria, no tiene que completar el formulario.

Si mi niño esta enfermo o se lastima y recibe asistencia médica, dental y/o optometrista en la clínica de HEALS, **Yo le doy permiso a HEALS para compartir información detallada acerca de la salud de mi niño con las siguientes personas:** Ellos tambien pueden recibir información acerca de las citas, tratamientos y/o cualquiera otra información acerca del tratamiento médico, dental y/o optometrista que mi niño recibió en la clínica de HEALS. (PERMISSION TO SHARE INFORMATION)

Name/ Nombre	Relation to Child Relación con el menor	Phone Number Teléfono	Leave Message (Y/N) Dejar mensaje (Si/No)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

How would you like to be contacted regarding appointments, treatment, and/or other information concerning your child's healthcare at HEALS? Please check all that apply. / ¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos en cuetión de las citas, tratamiento, o alguna otra información respecto al cuidado de salud de su hijo (a) con HEALS, seleccione todas las que usted desee.

Home Phone Work Phone Cell Phone Note sent home Patient Portal (ask HEALS staff for login info)
 Teléfono casa Trabajo Celular Enviar nota a casa Portal electrónico de HEALS

Text Email
 Texto Correo electrónico

Voicemail opt-out: If you prefer that we do not leave a voicemail at the number(s) you have given us.

Opción para no dejar mensaje de voz: Si usted prefiere que no dejemos mensaje de voz, ponga sus iniciales
Initial here: _____

Por favor, lea y llene todas las líneas con sus iniciales,

Yo entiendo que toda la información del expediente de salud de mi niño es confidencial. Yo le doy permiso al personal de la clínica de HEALS a que hable con el personal apropiado de la escuela de mi niño acerca del estado de salud, asistencia, desempeño académico, y alguna otra información que afecte el aprendizaje y/o el comportamiento de mi niño.
_____ **escriba sus iniciales aqui si entendió.**

Yo autorizo a la clínica de HEALS a que comparta información acerca del tratamiento a doctores, dentistas y a las compañías de aseguranza con el propósito de obtener autorización de los servicios, para cobrar y por cualquier otra razón en conformidad con la práctica médica legal. Yo autorizo que el pago se haga directo al proveedor de los servicios.
_____ **escriba sus iniciales aqui si entendió.**

HEALS y la regla de "NO SHOW"(cuando el paciente falta a su cita). Yo entiendo que si mi niño falta a su cita dos veces consecutivas, el trabajador social de Medicaid va a ser notificado. Yo entiendo que si mi niño falta a su cita 3 veces, mi niño será removido de HEALS por lo que queda del presente año escolar.
_____ **escriba sus iniciales aqui si entendió.**

HEALS y la regla de "NO SHOW" para cuando mas de un de niño tiene cita: Yo entiendo que si no traigo a todos mis niños que tienen cita el mismo dia, no podré darles la siguiente cita a todos en el mismo dia. La regla anterior de **NO SHOW** tambien aplica.
_____ **escriba sus iniciales aqui si entendió.**

HEALS y la regla de "LATE ARRIVAL" (llegada tarde). Si yo llego 10 minutos o mas tarde a la cita de mi niño, HEALS tiene el derecho de cambiarme la cita.
_____ **escriba sus iniciales aqui si entendió.**

FIRME AQUÍ SIGN HERE: _____

Relación con el niño (Relationship to child): _____ **Fecha/Date:** _____

PORTAL PARA LOS PACIENTES DE HEALS

Obtenga acceso fácil y seguro a su expediente médico y al personal de HEALS.

A través del portal usted puede:

*Ver sus resultados de la pruebas de laboratorio.

*Mandar mensajes al personal de HEALS.

*Ver su información médica así como lista de medicamentos, lista de problemas médicos, alergias y/o calendario de vacunas.

*Recibir y confirmar citas.

PARA EMPEZAR a usar el portal de HEALS: pregunte por su información para accesar al portal en su próxima cita.



MEDICAL HISTORY/ HISTORIA MÉDICA



Please print
Por favor llene el formulario con letra legible

Health Establishments At Local Schools

Part of the Solution

Child's Name/Nombre de su hijo: _____
Primero (First) Iniciales del Segundo (Middle Initials) Apellidos (Last)

Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Primary Care Doctor or Nurse Practitioner (assigned by insurance or the doctor your child sees when sick)/

Clinica médica que visita cuando su hijo está enfermo: _____

Name/ Nombre del Médico: _____ Phone/Teléfono: _____

Name of child's dentist/Dentista: _____ Dentist's Phone/Teléfono _____

Does your child have allergies (bee stings, foods, medicines, etc.)? ¿Su Hijo tiene alergias? Yes/Sí No

If yes, please list/Si respondió Sí, por favor, mencione las alergias:

Allergy/ Alergia	1 st Onset 1^{era} Aparición	Reactiong (Itching, Swelling, Hives, Anaphylactic, etc) Tipo de Reacción (Comezón, Hinchazón, Asfixia)

Is your child taking any daily medications? Su hijo está tomando algún medicamento Yes/Sí No

If yes, please list/ Si contestó Si, por favor, enliste los medicamentos

Name/ Nombre	Dosage/ Dosis	Route Taken(Orally, Injected, Etc)/ Ruta (oral, inyectada, etc)	Frequency/ Frecuencia

Is your child allergic to any of the following? ¿Es su hijo alérgico a alguno de estos?:

- Aspirin Penicillin Codeine Local Anesthetics Acrylic Metal Latex
Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos Locales Acrílicos Metale Látex
- Sulfa drugs Others If yes, please explain:
Sulfas Otros, en este caso, por favor, explique: _____

Has your child ever had any of the following illnesses or conditions?

Disease or Disorder / Enfermedad o Desorden	YES/ Sí	NO	Disease or Disorder/ Enfermedad o Desorden	YES/ Sí	NO	Disease or Disorder/ Enfermedad o Desorden	YES/ Sí	NO
ADHD or Attention Deficit Disorder/ Déficit de Atención e Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easily Winded/ Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease/ Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS/HIV Positive/ SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysema/ Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low Blood Pressure/ Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anaphylaxis/ Anafilaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emotional Problems/ Problemas Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung Disease/ Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disease or Disorder / Enfermedad o Desorden	YES/ Sí	NO	Disease or Disorder/ Enfermedad o Desorden	YES/ Sí	NO	Disease or Disorder/ Enfermedad o Desorden	YES/ Sí	NO
Anemia/ Anemia			Epilepsy or Seizures/ Epilepsia o convulsiones			Pain in Jaw Joints/ Dolor de la Articulación Mandibular		
Anginal/ Angina de pecho			Excessive Bleeding/ Sangrado Excesivo			Parathyroid Disease/ Enfermedad Paratiroidea		
Anxiety/ Ansiedad			Excessive Thirst/ Sed Excesiva			Psychiatric Care / Cuidados Psiquiátricos		
Arthritis/ Artritis			Fainting Spells or Dizziness/ Desmayos o Mareos			Radiation Treatments/ Radioterapias		
Artificial Heart Valve/ Válvula cardíaca artificial			Frequent Cough/ Tos Frecuentes			Recent Weight Loss/ Pérdida Espontánea de peso		
Artificial joint/ Articulaciones Artificiales			Frequent Ear infections/ Infecciones frecuentes de oídos			Renal Dialysis/ Diálisis Renal		
Asthma/ Asma			Frequent Eye infections/ Infecciones de ojos frecuentes			Rheumatic Fever/ Fiebre Reumática		
Autism/ Autismo			Frequent Headaches/ Dolores de cabeza frecuentes			Rheumatism/ Reumatismo		
Bladder Problems/ Problemas de la vejiga o vías urinarias			Genital Herpes/ Herpes genital			Scarlet Fever/ Escarlatina		
Blood Disease/ Enfermedades de la sangre			Glaucoma/ Glaucoma			Sickle Cell Disease/ Anemia Falciforme		
Blood Transfusion/ Transfusiones sanguíneas			Growth Problems/ Problemas del Crecimiento			Sinusitis/ Sinusitis		
Breathing Problem/ Problemas para respirar			Hay Fever or Seasonal Allergies/ Fiebre del Heno o Alergias estacionales			Spina Bifida/ Espina bífida		
Bruise easily/ Moretones			Hearing Problems/ Problemas de Audición			Stomach or Intestinal Disease/ Enfermedades del Estómago o Intestino		
Cancer/ Cáncer			Heart Attack/ Ataques del corazón			Stroke/ Ataques cardiacos		
Cerebral Palsy/ Parálisis Cerebral			Heart Conditions/ Enfermedades cardiacas			Swelling of Limbs/ Hinchazón de extremidades		
Chemotherapy/ Quimioterapias			Hemophilia/ Hemofilia			Thyroid Disease/ Enfermedad Tiroidea		
Chest pains/ Dolores de pecho			Hepatitis A , B, or C.			Tonsillitis/ Amigdalitis		
Cold Sores or Fever Blisters/ Fuegos labiales o fogazos			Herpes or Shingles/ Herpes o Culebrilla			Tuberculosis		
Congenital Heart Disorder/ Desorden cardíaco congénito			High Blood Pressure/ Presión Arterial Alta			Tumors or Growths/ Tumoraciones o Crecimientos anormales		
Convulsions/ Convulsiones			High Cholesterol/ Colesterol Alto			Ulcers/ Úlceras		
Cortisone Medicine/ Medicamentos con Cortisona			Hives or Rash/ Urticaria o Sarpullido			Venereal Diseases/ Enfermedades Venereas		
Developmental Issues/ Problemas del Desarrollo			Hypoglycemia (low blood sugar)/ Azúcar baja en la sangre			Yellow Jaundice/ Ictericia		
Depression/ Depresión			Irregular Heartbeat/ Palpitaciones cardiacas Irregulares			Other (Please specify) / Otros (Por favor especifique)		
Diabetes/ Diabetes			Kidney Problems/ Problemas de los riñones					
Drug Addiction/ Drogadicción			Leukemia/ Leucemia					

Por favor, provea más información y fechas de diagnóstico si contestó que Si a cualquiera de las anteriores enfermedades o desordenes (Diagnosis of illnesses) _____

¿Su hijo tiene alguna enfermedad de seriedad que no haya sido mencionada en la lista anterior?

Has your child any serious illness not listed above

O Sí (yes)

O No

Por favor explique: _____

¿Su hijo esta llevando algún tratamiento para alguna condición específica o enfermedad?

Is your child currently being treated for any condition (s) or illness (es)?

O Sí (yes)

O No

¿Cuál? Which illness?: _____

¿Cuándo empezó? When did it start?: _____

¿Su hijo nació prematuramente? Was your child born prematurely?

O Sí (yes)

O No

Por favor explique: _____

¿Su hijo ha esta hospitalizado durante una noche o más?

Has your child ever been in the hospital overnight or longer:

O Sí yes

O No

Por favor explique cuándo y porqué: _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Has your child ever had surgery?

O Sí (yes)

O No

Por favor explique: _____

¿Su hijo ha sido sometido a anestesia general o anestesia local?

Has your child ever been given a general OR local anesthetic?

O Sí (yes)

O No

Por favor explique cuándo y porqué: _____

¿Algún médico o dentista ha sugerido que su hijo tome antibióticos antes de ver al dentista?

Has a physician or dentist ever suggested that the patient take antibiotics before seeing the dentist?

O Sí (yes)

O No

Por favor, explique: Please explain why and provide the name of the doctor making that recommendation:

¿Porqué? Why: _____

Doctor: _____



Teléfono: _____

¿Alguna enfermedad hereditaria o genética? Does your child have any genetic (inherited) conditions?

O Sí yes

O No

Por favor explique: _____

Usted, ¿Tiene alguna preocupación en la salud general de su hijo?

Do you have any concerns about your child's physical health?

O Sí yes

O No

Por favor explique: _____

Usted, ¿Tiene alguna preocupación en la salud emocional de su hijo?

Do you have any concerns about your child's emotional health?

O Sí yes

O No

Por favor explique: _____

¿Cómo describiría los hábitos alimenticios de su hijo? How would you describe your child's eating habits? _____

En la siguiente tabla, indíquenos cual es el itinerario o agenda de alimentos con sus respectivos horarios

	Desayunos	Aperitivos/Snacks	Almuerzos/Lunch	Cena/Dinner
Horario				
Tipo de Alimentos que consume con ejemplos				

¿Qué tan seguido su hijo(a) toma refrescos o sodas? _____ Jugo _____
Bebidas energéticas _____ agua _____ café _____

¿Qué tan seguido su hijo come dulces? _____ papitas _____ galletas _____
chocolates _____ barras de granola _____ mermelads/cremas _____
frutas _____ vegetales _____ cereales _____
carnes rojas _____ carnes blancas _____

¿Su hijo está actualizado en todo su programa de vacunación? (Tétanos, paperas, etc)
Is your child up-to-date with immunizations related to patienthood diseases (tetanus, measles, mumps, etc.)? Sí yes No

Si su hijo (a) tiene la edad apropiada para recibir la vacuna del Papiloma, ¿Cuál es el estatus de su
vacunación? If of the appropriate age, what is the patient's Human Papillomavirus/HPV immunization status?
 Vacunado Immunized No Vacunado Not Immunized

FIRME AQUÍ / SIGN HERE: _____ Relación con el menor Relationship to child: _____

Fecha/Date: _____



EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

HEALS, INC. Y LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE ESTE CENTRO NO SON RESPONSABLES POR LOS DAÑOS QUE RESULTEN DE LA PRESTACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA, DENTAL, U OPTOMETRA EXCEPTO EN CASO DE MALA CONDUCTA.

HEALS, Inc. brinda tratamiento médico, tratamiento dental, tratamiento de optometría, diagnóstico, asesoramiento o servicios de enfermería como parte de los servicios de una clínica médica gratuita establecida. Como clínica médica gratuita, HEALS, Inc. y los profesionales médicos y dentales que brindan atención en este centro no serán responsables de los daños civiles como resultado de sus actos u omisiones al brindar tratamiento médico, tratamiento dental, tratamiento de optometría, diagnóstico, asesoramiento o servicios de enfermería, a menos que el acto u omisión haya sido el resultado de la mala conducta intencional o sin sentido del proveedor de atención médica autorizado.

La inmunidad de responsabilidad civil también se aplica a los profesionales médicos que brindan, sin honorarios ni compensación, tratamiento médico, diagnóstico, asesoramiento o servicios de enfermería adicionales a un paciente al ser remitido desde este centro.

La aceptación por parte de este centro de una contribución hecha por una persona que recibe servicios en este centro no constituirá una renuncia a la inmunidad.

En cualquier demanda contra HEALS, Inc. por daños civiles basada en el acto u omisión negligente de un profesional médico voluntario, la prueba de dicho acto u omisión no será suficiente para establecer la responsabilidad de HEALS, Inc. bajo la doctrina de "respondeat superior", sin perjuicio de la inmunidad otorgada al profesional médico voluntario con respecto a cualquier acto u omisión incluido en el Código de Alabama (1975) §6-5-663(a), a menos que se determine que dicho acto u omisión es intencional o sin sentido.

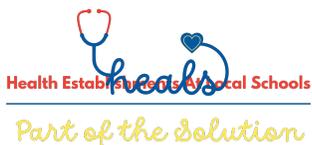
Ala. Code (1975) §6-5-663.

Nino (a) / Niños (as)/ Child or Children:

Nombre de los padres o tutores legales/ Parents or Legal Guardians Printed Name: _____

Firma padres o tutores legales/ Parent/Guardian Signature: _____

Fecha/ Date: _____



ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE HEALS

Es política de todos los médicos de HEALS que su(s) hijo(s) reciba(n) todas las vacunas requeridas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría. Esta es una política no negociable de todos los médicos de HEALS. Es nuestra política que todos los pacientes de HEALS asistan a todas las citas de control infantil programadas anualmente hasta los dieciocho años.

Recién Nacido	Pruebas de detección temprana del Recién Nacido	9 meses	PPD
2 meses	Dtap, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13,	12 meses	MMR, Varicela, Neumococo 13, Hepatitis A,
Rotavirus*		15 meses	Dtap, HIB
4 meses	Dtap, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13,	18 meses	Hepatitis A*
Rotavirus*		4 años,	Dtap de triple vírica, varicela, IPV
6 meses	Dtap, IPV, Hepatitis B, HIB, Neumococo 13,	11 años y mas	VPH*, Tdap, meningococo*
Rotavirus*			

Las siguientes vacunas no son obligatorias, pero los médicos de HEALS y Pediatras las recomiendan:

- *Rotavirus
- *Hepatitis A
- *Meningococo
- *VPH

Si falta a tres citas de control de niño sano programadas consecutivamente, se niega a cumplir con las vacunas requeridas o abusa excesivamente de las citas programadas, se considerará que su(s) hijo(s) serán despedidos de HEALS.

Acuso recibo de la política de vacunación de HEALS y, al registrar a mi hijo como paciente de HEALS, acepto cumplir con las vacunas requeridas.

He leído y entiendo el Aviso de prácticas de privacidad a continuación.
I have read and understand the *Notice of Privacy Practices* below.

Nombre del padre/tutor legal / Name of parent/guardian: _____

FIRME AQUÍ/ SIGN HERE: _____

Relación con el menor/ Relationship to child: _____ Date: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cualquier médico, miembro de nuestro staff, o representante de HEALS, Inc. Tiene mi permiso para discutir o revelar información respecto a mi estado de salud, los cuales pueden incluir pero no se limitan a síntomas, tratamientos, diagnósticos, resultados de laboratorio, medicamentos, o cualquier otro tipo de información médica protegida para facilitar y coordinar mis cuidados médicos con las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

Consentimiento para llamar/ Consent to call: Si/YES NO

Consentimiento para texto/ Consent to text: Si/YES NO

RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este es un resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad. Todo el contenido detallado de nuestras practicas de privacidad están disponibles para su revisión. Lo alentamos a que las lea detenidamente y nos haga preguntas para aclarar sus dudas en cuestión a estas prácticas.

Firma: _____ Fecha: _____

Si el paciente es mayor de 14 años, se requiere su firma aquí

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN, SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA Y NUESTRAS RESPONSABILIDADES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA.

POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Las leyes estatales y federales nos exigen que mantengamos la privacidad de su información de salud y que le informemos sobre nuestras prácticas de privacidad proporcionándole este Aviso. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Este Aviso entrará en vigor el 1 de noviembre de 2013 y permanecerá vigente hasta que lo modifiquemos o reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad siempre que la ley permita los cambios. Antes de realizar un cambio significativo, este Aviso se modificará para reflejar los cambios y pondremos el nuevo Aviso a disposición de quienes lo soliciten. Nos reservamos el derecho de realizar cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para toda la información de salud mantenida, creada y/o recibida por nosotros antes de que se realizaran los cambios de fecha.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento ante la Oficina de Administración de HEALS. La información sobre cómo comunicarse con nosotros se puede encontrar al final de este Aviso.

Mantendremos su información de salud confidencial, usándola únicamente para los siguientes propósitos:

Tratamiento: mientras le brindamos servicios de atención médica, podemos compartir su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés Personal Health Information), incluida la información médica protegida electrónicamente (ePHI), con otros proveedores de atención médica, socios comerciales y sus subcontratistas o personas involucradas en su tratamiento, facturación, soporte administrativo o análisis de datos. Estos socios comerciales y subcontratistas a través de contratos firmados están obligados por ley federal a proteger su información de salud. Hemos establecido estándares de "mínimo necesario" o "necesidad de saber" que limitan el acceso de varios miembros del personal a su información de salud de acuerdo con sus funciones laborales principales. Todos los miembros de nuestro personal deben firmar una declaración de confidencialidad.

Pago: Podemos usar y divulgar su información de salud para solicitar el pago de los servicios que le brindamos. Esta divulgación involucra al personal de nuestra oficina comercial y puede incluir organizaciones de seguros, cobranzas u otros terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como miembros de la familia.

Divulgación: Podemos divulgar y/o compartir información de salud protegida (PHI), incluida la divulgación electrónica, con otros profesionales de la salud que le brindan tratamiento y/o servicio. Estos profesionales tendrán una política de privacidad y confidencialidad como ésta. Su información de salud también puede ser divulgada a su familia, amigos y/u otras personas que usted elija para participar en su atención, sólo si usted acepta que podemos hacerlo. A partir del 26 de marzo de 2013, los registros de vacunación de los estudiantes pueden divulgarse sin autorización (siempre que la PHI divulgada se limite a la prueba de vacunación). Si una persona fallece, usted puede divulgar su PHI a un miembro de la familia o a una persona involucrada en la atención o el pago antes de su muerte. Las notas de psicoterapia no se utilizarán ni divulgarán sin su autorización por escrito. La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe a los planes de salud usar o divulgar información genética con fines de suscripción. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso se realizarán únicamente con su autorización firmada.

Derecho a un informe de divulgaciones: tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" de su información protegida si la divulgación se realizó para fines distintos a la prestación de servicios, pagos u operaciones comerciales. A la luz del uso cada vez mayor de la tecnología de registros médicos electrónicos (EMR), la Ley HITECH le permite solicitar una copia de su información de salud en formato electrónico si almacenamos su información electrónicamente. Las divulgaciones pueden estar disponibles por un período de 6 años antes de su solicitud y para información de salud electrónica 3 años antes de la fecha en que se solicita la contabilidad. Si por alguna razón no somos capaces de utilizar un formato electrónico, se le proporcionará una copia impresa legible. Para solicitar esta lista o contabilidad de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.

Derecho a solicitar restricción de PHI: si paga el total de su bolsillo de su bolsillo, puede indicarnos que no compartamos información sobre su tratamiento con su plan de salud; si la solicitud no es requerida por la ley. A partir del 26 de marzo de 2013, la Regla Ómnibus restringe la negativa de un proveedor a la solicitud de un individuo de no divulgar su PHI.

Divulgaciones no rutinarias: tiene derecho a recibir una lista de divulgaciones no rutinarias que hemos realizado de su información de atención médica. Puede solicitar divulgaciones no rutinarias desde hace 6 años a partir del 14 de abril de 2003.

Emergencias: Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar en la notificación a un miembro de la familia o cualquier persona responsable de su atención, en caso de cualquier emergencia que involucre su atención, su ubicación, su condición general o muerte. Si es posible, le brindaremos la oportunidad de oponerse a este uso o divulgación. En condiciones de emergencia o si está incapacitado, utilizaremos nuestro criterio profesional para revelar solo la información directamente relevante para su atención. También utilizaremos nuestro criterio profesional para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que alguien recoja recetas surtidas, radiografías u otras formas similares de información y/o suministros de salud, a menos que usted nos haya indicado lo contrario.

Operaciones de atención médica: utilizaremos y divulgaremos su información de salud para mantener nuestra práctica operativa. Ejemplos de personal que puede tener acceso a esta información incluyen, entre otros, nuestro personal de registros médicos, operaciones de seguros, cámaras de compensación de atención médica e individuos que realizan actividades similares.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley. (Órdenes judiciales o administrativas, citaciones, solicitudes de descubrimiento de pruebas u otro proceso legal).

Usaremos y divulgaremos su información cuando lo soliciten la seguridad nacional, la inteligencia y otros funcionarios estatales y federales y/o si usted es un recluso o está bajo custodia de las autoridades.

Seguridad Nacional: La información de salud del personal de las Fuerzas Armadas puede ser revelada a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si la información es necesaria para inteligencia legal, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, podemos revelarla a funcionarios federales autorizados.

Abuso o negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o una posible víctima de otros delitos. Esta información se divulgará sólo en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otros.

Responsabilidades de salud pública: divulgaremos su información de atención médica para informar problemas con productos, reacciones a medicamentos, retiradas de productos, exposición a enfermedades/infecciones y para prevenir y controlar enfermedades, lesiones y/o discapacidades.

Comercialización de servicios relacionados con la salud: No utilizaremos su información de salud con fines de marketing a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo. A partir del 26 de marzo de 2013, debemos obtener autorización para fines de marketing si se proporciona comunicación sobre un producto o servicio y recibimos una remuneración financiera (recibir un pago a cambio de realizar la comunicación). No se requiere autorización si la comunicación se realiza cara a cara o para regalos promocionales.

Recaudación de fondos: podemos utilizar cierta información (nombre, dirección, número de teléfono o información de correo electrónico, edad, fecha de nacimiento, sexo, estado del seguro médico, fechas de servicio, información del departamento de servicio, información del médico tratante o información de resultados) para contactarlo con el fin de recaudar dinero y tendrá derecho a optar por no recibir dichas comunicaciones con cada solicitud. A partir del 26 de marzo de 2013, la PHI que requiere una autorización escrita del paciente antes de la comunicación sobre la recaudación de fondos incluye: diagnóstico, naturaleza de los servicios y tratamiento. Si ha optado por no participar, tenemos prohibido realizar comunicaciones sobre recaudación de fondos según la Regla de privacidad de HIPAA.

Venta de PHI: Tenemos prohibido divulgar PHI sin autorización si constituye una remuneración (recibir un pago a cambio de la PHI). La "venta de PHI" no incluye divulgaciones para salud pública, ciertos fines de investigación, tratamiento y pago, y para cualquier otro propósito permitido por la Regla de Privacidad, donde la única remuneración recibida es "una tarifa razonable basada en el costo" para cubrir el costo. preparar y transmitir la PHI para dicho propósito o una tarifa expresamente permitida por la ley. Las transacciones corporativas (es decir, venta, transferencia, fusión, consolidación) también están excluidas de la definición de "venta".

Recordatorios de citas: podemos utilizar sus registros médicos para recordarle los servicios recomendados, el tratamiento o las citas programadas.

Acceso: previa solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su información de salud (y la de una persona de la cual usted es tutor legal). Le brindaremos acceso a la información de salud en la forma/formato que usted solicite. Habrá algunas excepciones limitadas. Si desea examinar su información de salud, deberá completar y enviar un formulario de solicitud apropiado. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una copia del formulario de solicitud. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este Aviso. Una vez aprobado, se puede programar una cita para revisar sus registros. No habrá ningún cargo por las copias si se solicitan. Si desea que le envíen las copias por correo, se le cobrará el envío. El acceso a su información de salud en formato electrónico (fácilmente producible) se puede obtener con su solicitud. Si por alguna razón no somos capaces de utilizar un formato electrónico, se le proporcionará una copia impresa legible. Si prefiere un resumen o una explicación de su información de salud, se lo proporcionaremos pagando una tarifa. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas.

Enmienda: Tiene derecho a modificar su información de atención médica si considera que es inexacta o está incompleta. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe incluir una explicación de por qué se debe modificar la información. En determinadas circunstancias, su solicitud puede ser denegada.

Requisitos de notificación de incumplimiento: se presume que cualquier adquisición, acceso, uso o divulgación de PHI no permitido según las regulaciones de HIPAA es un incumplimiento. Estamos obligados a completar una evaluación de riesgos y, si es necesario, informar al HHS y tomar cualquier otra medida requerida por la ley. Se le notificará la situación y las medidas que debe tomar para protegerse contra daños debidos al incumplimiento.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Tiene derecho a presentar una queja ante nosotros si considera que no hemos cumplido con nuestras Políticas de Privacidad. Su queja debe dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad. Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos con respecto a su acceso a su información de salud, puede presentarnos una queja por escrito. Solicite un formulario de queja a nuestro Oficial de Privacidad. Respalbamos su derecho a la privacidad de su información y no tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

CÓMO CONTACTARNOS:

Nombre de la Práctica: HEALS, Inc.

Teléfono: 256-428-7560

Dirección: 515 Sparkman Dr. NW Huntsville, Al. 35816

Oficial de privacidad: Directora ejecutiva

Fax: 256-428-7561





AUTORIZACIÓN PARA PARA-DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

POR LA PRESENTE LIBERO UNA COPIA DE LOS SIGUIENTES EXPEDIENTES MÉDICOS DEL PACIENTE
I HEREBY RELEASE A COPY OF THE FOLLOWING PATIENT'S MEDICAL RECORDS

HEALS, Inc.

Health
Establishments at
Local Schools

515 Sparkman Drive
Huntsville, AL 35816

Phone: 256-428-7560
Fax: 256-428-7561

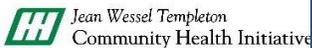
www.healsinc.org



#66959



HUNTSVILLE CITY
SCHOOLS
A Legacy of Leading & Learning



Nombre Completo del paciente/Full Name of Patient: _____

Fecha de Nacimiento/Patient's Birth Date: ___/___/___ Expediente/Chart# _____
Mes / Día. / Año

INFORMACIÓN QUE TIENE QUE SER LIBERADA/INFORMATION TO BE RELEASED (X)

() Registros Médicos/Medical Record () Registros Psiquiátricos/Psychiatric Records

****Si solo se requiere una parte del expediente médico o psiquiátrico, especifique****

****If only a portion of the Medical record or Psychiatric record is required, please specify.****

- () Resúmen de Alta (Discharge Summary)
- () Sala de Emergencia (Emergency Room)
- () Resultados de Laboratorio (Laboratory Results)
- () Historia y Físicos (History & Physical)
- () Reporte de Rayos-X (X-Ray Report)
- () Registros de Vacunación (Immunization Records)
- () Órdenes (Orders)
- () Reportes Operativos (Operative Reports)
- () Notas de Enfermería (Nurses' Notes)
- () Exámenes Radiográficos (Radiology Film/Imaging/CD-ROM)
- () Notas de Progreso (Progress Notes)
- () Expediente Completo (Entire Record)
- () Otros (Especifique) / Other (Specify) _____

La información es solicitada por / Information is requested by:

_____, Clinic Coordinator at the HEALS Clinic.

Se solicita que este registro sea entregado a/ This record is requested to be released to:

HEALS, Inc.

515 Sparkman Dr. NW.

Huntsville, AL. 35816

Phone: 256-428-7560

Fax: 256-428-7561

ESTE REGISTRO SE SOLICITA POR EL SIGUIENTE MOTIVO (X): THIS RECORD IS REQUESTED FOR THE FOLLOWING REASON (X):

- () Atención médica continua (Continued Medical Care)
- () Fines del seguro (Insurance purposes)
- () Otros (Other) _____

La autorización debe estar firmada y fechada y puede revocarse notificando a HEALS, Inc. por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas antes de la revocación. Este consentimiento caducará 120 días después de la fecha siguiente o antes, según mi elección, en cuyo caso este consentimiento caducará en esta fecha o evento:

Firma (Signature): _____ Fecha: _____

Uno de los padres o Tutores legales (Parent or Legally Authorized Representative)

Relación con el paciente (Relationship to the Patient): _____

Teléfono (Phone number): _____



Si su hijo (a) no tiene seguro médico, por favor llene este formato, adjunto con el formato de inscripción y la aplicación de Medicaid

ANEXO A: ESTADO FINANCIERO

Nombre del Paciente		Apellidos		Nombre		Segundo Nombre			
Fecha de inscripción									
Motivo:									
Número de Seguridad Social:			Fecha de Nacimiento:		Edad:		Masculino	Femenino	
Estado Civil (circule uno)		Casado		Soltero		Unión Libre	Viudo	Divorciado	¿Por cuánto tiempo?
						Separado			
Nombre del 1er Padre o tutor legal				Número de SS:					
# Telefónico:			# Trabajo:			# Celular:			
Dirección actual	Calle								
				Ciudad		Estado	Código Postal		
País:			Tiempo de vivir en esta dirección:						
Empleador del Padre/Tutor:				Fecha de contratación: (MM/DD/AA)					
Si es desempleado – último día de empleo (Mes/Día/Año)				Motivo:					
Nombre del Cónyuge:			Número de SS:						
# Telefónico:			# Trabajo:			# Celular:			
Dirección actual	Calle								
				Ciudad		Estado	Código Postal		
País:			Tiempo de vivir en esta dirección:						
Empleador del Cónyuge:				Fecha de contratación: (MM/DD/AA)					
Si es desempleado – último día de empleo (Mes/Día/Año)				Motivo:					
Enliste TODAS las cuentas de banco (Nombres y Número de cuenta)									
Nombre de la Cuenta		Número de cuenta		Checking	Savings	Other			
Posesión de propiedades	Casa		Terreno o Lote	Auto (año y marca)					

¿Está usted rentando?	Comprando	Casa propia	¿Está viviendo con alguien o alguien lo está apoyando?	¿Quién?
Número de personas que viven en su casa:			¿Qué relación tienen con usted?	
Enliste las edades de los niños que viven en su casa				
¿Ha tratado de aplicar al SS por discapacidad?			Fecha de aplicación:	
¿El caso está abierto o en decisión pendiente?		Si le fue negada, ¿apeló a esta decisión?		
¿Algún abogado que está trabajando en su caso?				
Nombre del Abogado:		Dirección y número de teléfono del Abogado:		

Ingresos y Gastos

INGRESOS MENSUALES

GASTOS MENSUALES

*si los gastos son compartidos, por favor solo liste su proporción

Tipo de Ingreso	Cantidad	Tipo de gasto	Cantidad
Salarios brutos /desempleo (padre/tutor #1)		Pago de alquiler, casa o remolque	
Salarios netos después de impuestos (padre / tutor # 1)		Pago de terreno/lote	
Salarios brutos /desempleo del cónyuge		Servicios Públicos	Gas Agua
Salarios netos del esposo (a) después de los impuestos		Comida	Cuenta de telefono
Salarios brutos (padres/tutores y cónyuge)		Pago de auto	Seguro de auto
Salarios netos después de los impuestos (padres/tutores y cónyuge)		Pago de auto	Seguro de auto
*Dado que el paciente es un niño, indique los ingresos de ambos padres/tutores		Pago de manutención/pensión alimenticia	
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor#1)		Daycare/childcare expense	
Monto del cheque del Seguro Social (cónyuge)		Préstamos para educación/universidad	
Monto del cheque del Seguro Social (niño)		Enumere todas las primas de seguro pagadas:	
Ingreso de SSI (monto de la lista y destinatario)		Hospitalización/indemnización diaria	
Ingresos militares/reservas/VA		Seguro de casa/inquilinos	
Ingresos por discapacidad a corto/largo plazo		Seguro de salud	
Pensión alimenticia recibida		Seguro estudiantil	
Monto del cheque de desempleo		Seguro de vida/decesos	
Monto del cheque de jubilación/pensión		Seguro contra el cáncer	
Compensación laboral		Gastos médicos (mensuales)	
Ingresos por alquiler recibidos		Costos de recetas (de bolsillo)	
AFDC/Asistencia Familiar		Nombre de la tarjeta de crédito:	
Cupones de alimentos recibidos		Nombre de la tarjeta de crédito:	

Asistencia de la iglesia recibida		Nombre de la tarjeta de crédito:	
Otros ingresos o dinero recibido		Otros gastos:	

Declaración del solicitante: Por la presente certifico que la información contenida en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender y que no se ha ocultado ni omitido ningún elemento de información pertinente en esta solicitud. También entiendo que HEALS, Inc. tiene derecho a revertir su decisión sobre los descuentos de organizaciones benéficas cuando se descubre información que indica que el paciente/garantes tiene o tuvo la capacidad de pagar sus servicios. Estoy donando HEALS, Inc.; permiso para acceder a mi archivo de crédito y proporcionar mi información financiera a aquellas compañías contratadas por HEALS, Inc. con el propósito de programas de recuperación financiera o de productos para los cuales puedo calificar. Si hay alguien con quien le gustaría darnos permiso para hablar sobre cómo completar el proceso de solicitud financiera, indíquelo a continuación como persona designada en el espacio provisto.

Firma del Padre o tutor #1

Nombre del Paciente

Firma del Cónyuge

Fecha

Testigo

Fecha