

Formulario de inscripción para servicios dentales y de salud mental escolares de AltaMed

Complete y envíe este formulario a la oficina principal de la escuela.

Un miembro del personal del Programa Escolar de AltaMed se comunicará con usted una vez que se reciba el formulario.

Otorgo permiso a mi hijo(a) para obtener SERVICIOS DE CONSEJERÍA/SALUD MENTAL mientras esté inscrito(a) en una escuela atendida por AltaMed o hasta que revoque el permiso.

SÍ NO

Todos los seguros se facturarán al momento de la visita sin cargos ni copagos.

Otorgo permiso a mi hijo(a) para obtener SERVICIOS DENTALES MÓVILES EN LA ESCUELA mientras esté inscrito(a) en una escuela atendida por AltaMed o hasta que revoque el permiso.

SÍ NO

Para los pacientes inscritos en Medi-Cal Dental, los servicios están cubiertos al 100 % sin cargos ni tarifas adicionales.

Para los pacientes sin Medi-Cal Dental, se puede realizar un examen enfocado en el problema.

RIESGOS: Aunque es poco frecuente, pueden producirse algunas molestias y dolor con los procedimientos dentales.

Certifico que la información médica proporcionada es precisa a mi leal saber y entender, comprendo que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud del estudiante/paciente. Notificaré a AltaMed sobre cualquier cambio en la información médica.

SÍ NO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO

Autorizo la divulgación de cualquier información médica, dental o de salud mental necesaria para procesar mi reclamo. También autorizo el pago de beneficios para la salud a AltaMed por los servicios prestados.

SÍ NO

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Comprendo que la información sobre cómo AltaMed usará y divulgará mi información puede encontrarse en el Aviso de prácticas de privacidad de AltaMed. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible en www.AltaMed.org/regulatory-notices. Además de los usos y las divulgaciones detallados en el Aviso de prácticas de privacidad, acepto permitir que AltaMed envíe mensajes de texto a mi hijo(a) (solo para programar citas) o a mí si a continuación se indica un/os número(s) de teléfono celular.

SÍ NO

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN

Por el presente autorizo a AltaMed a intercambiar registros de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo(a) con el fin de brindar atención y tratamiento a mi hijo(a), si corresponde, y/o intercambiar información sobre exámenes dentales. Reconozco que si el historial médico es recibido por el distrito escolar, es posible que no esté protegido(a) por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), pero se convertirá en un registro educativo protegido por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia.

SÍ NO

Información del estudiante/paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Nombre legal completo del estudiante/paciente

Fecha de nacimiento

Sexo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> No hispano
----------------------	----------------------	--

Número de Seguro Social

Idioma principal

Origen étnico

<input type="radio"/> Indígena americano	<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Negro	<input type="radio"/> Hispano/Latino	<input type="radio"/> Nativo hawaiano	<input type="radio"/> Blanco	<input type="radio"/> Desconocido	Otro <input type="text"/>
--	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Raza

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Domicilio

Apto./Unidad

Ciudad

Código postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Número de teléfono del estudiante/paciente

Correo electrónico del estudiante/paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre de la escuela

Grado

<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	----------------------	----------------------

¿El paciente reúne los requisitos para el almuerzo gratuito/reducido?

¿El estudiante/paciente tiene un dentista?

Nombre y consultorio del dentista

Número de teléfono del dentista

Cuidado dental: (323) 558-7610
Salud mental: (855) 425-1777

AltaMed
ALTA CALIDAD SIN EXCEPCIÓN™

Información del padre/madre/tutor legal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre legal completo del padre/madre/tutor legal	Relación con el estudiante	Fecha de nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (si es diferente de la anterior)	Apto./Unidad Ciudad	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de teléfono del padre/madre/tutor legal	Correo electrónico del padre/madre/tutor legal	Pueden dejarse mensajes para mí al: <input type="radio"/> Teléfono residencial <input type="radio"/> Teléfono celular <input type="radio"/> Teléfono del trabajo
<input type="text"/>		
Idioma principal del padre/madre/tutor legal		

Contacto de emergencia (si es diferente del padre/madre/tutor legal)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre legal completo	Relación con el estudiante	Número de teléfono

Firma del padre/madre/tutor legal o el estudiante si es mayor de 18 años

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre legal completo en letra de imprenta	Fecha	Firma

Al firmar arriba, comprendo y reconozco que he leído y comprendo este consentimiento. Puedo revisar el Aviso de prácticas de privacidad de AltaMed actualmente vigente en www.AltaMed.org/regulatory-notice.

Información del seguro médico del estudiante/paciente

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre del seguro médico/dental	Identificación del suscriptor

Antecedentes médicos del estudiante/paciente

Para los servicios dentales, los antecedentes médicos deberán actualizarse cada cuatro años.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre legal completo del estudiante/paciente	Fecha de nacimiento

Antecedentes médicos del estudiante/paciente

¿Tiene el/la paciente alguna condición médica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El/la paciente toma algún medicamento (incluidos inhaladores)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enumere los medicamentos:
¿El/la paciente ha sufrido alguna lesión grave?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El/la paciente tiene algún defecto de nacimiento o cardíaco, o tiene antecedentes de cirugía o problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El/la paciente se ha sometido a una cirugía en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿La paciente está embarazada o podría estarlo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha probable de parto:
¿Se necesita medicamento previo con antibióticos antes de los procedimientos dentales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El/la paciente fuma, vapea o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:

Cuidado dental: (323) 558-7610
Salud mental: (855) 425-1777

¿El estudiante/paciente tiene o tuvo alguno de estos problemas?

Anemia/Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Neumonía	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fiebre reumática, cardiopatía, soplo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autismo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Infecciones de la vejiga o los riñones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Varicela	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Úlcera/Problema digestivo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún problema de salud mental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad endocrina/de las glándulas/autoinmune	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún defecto al nacer o congénito?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dolores de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún problema con los dientes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hepatitis o problemas del hígado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún diente que cause dolor?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas de aprendizaje/desarrollo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Sangrado al cepillarse o usar hilo dental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Herpes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se ha realizado una limpieza dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Sobrepeso/Obesidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otras condiciones no enumeradas. Si hay otras condiciones, enumérelas:	

Alergias

Algún alimento	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Algún medicamento (incluidos antibióticos o de sin receta; penicilina o amoxicilina)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Látex	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
¿El/la paciente tiene un Epi-Pen en la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Otro:		Comentario:

Salud mental (Complete SOLO si el estudiante/paciente necesita servicios de consejería)

¿Le gustaría inscribir al paciente en servicios de salud mental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿El/la paciente alguna vez recibió servicios de consejería?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, ¿cuándo y con quién?
¿El/la paciente ha sido hospitalizado(a) por una emergencia psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, ¿cuándo?
¿El/la paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes inquietudes?		
Cambios familiares	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Ausencia/Evasión de la escuela <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Estrés social/con compañeros de clase	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Duelo/Pérdida reciente <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ansiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Consumo de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas de ira	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de autoestima <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dificultades de atención	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de identidad de género <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Tristeza y/o cambios de humor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Si respondió sí a cualquiera de las anteriores, explique: