



# ARBOR

## FAMILY HEALTH

---

### SCHOOL-BASED CLINICS

Arbor Family Health School Based Health Centers están muy entusiasmados a dar la bienvenida a los estudiantes para el nuevo año escolar!

Nuestro centro de salud escolar puede ayudar a los niños proporcionando acceso conveniente a cuidado de salud, servicios de salud mental, y servicios dentales, todo mientras reduciendo falta escolar y falta de trabajo por parte de los padres.

Tenemos dos ubicaciones:

1. Livonia School Based esta ubicado en 8387 Newfield Drive (cerca de Livonia High School) provee servicios a Livonia High School, Valverde, y Rougon.
2. Pointe Coupee School based esta ubicado en 8430 Pointe Coupee Rd. (enseguida de STEM) provee servicios a STEM, Rosenwald, y Upper Pointe Coupee.

School Based Health ofrece:

- Transporte entre la escuela y la clínica
- Visitas rutinarias de salud, chequeos físicos para deportes, y chequeos preventivos
- Vacunas
- Visita por enfermedad que incluyen estudios para flu, COVID-19, y estreptococo
- Servicios de salud mental
- Servicios dentales
- Servicios de farmacia (se puede recoger, entregar, u ordenar por correo)
- Televisitas/visitas virtuales
- Coordinadora de asistencia para ayudar con aplicaciones de seguro medico

Para que sus hijos puedan recibir nuestros servicios, el paquete que está adjuntado debe ser completado en totalidad y devuelto a la oficina de la escuela o también se puede devolver a una de nuestras clínicas.

Para hacer una cita llame al: 225-412-0404 para Livonia School Based o 225-638-3767 para Pointe Coupee School Based

Para mis información sobre nuestros servicios por favor llame al 1-888-711-3785.  
Estamos muy entusiasmados para proveer servicios para sus hijos!



# Pointe Coupee Parish School Board

Post Office Drawer 579 • New Roads, Louisiana 70760-0579  
(225) 638-8674 • Fax (225) 638-3237



## CONSENTIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

La Junta Escolar de Pointe Coupee Parish ("Junta Escolar") se ha asociado con Arbor Family Health Clinic ("AFHC"), para brindar a los estudiantes inscritos en el Sistema Escolar de Pointe Coupee Parish, la oportunidad de recibir servicios de atención médica en la escuela de AFHC- clínicas de salud basadas. La recepción de servicios médicos para AFHC es estrictamente voluntaria y no es una condición necesaria para la inscripción en el sistema escolar. AFHC School Base no reemplazará a su médico de atención primaria de exámenes integrales y afecciones diagnosticadas que puedan requerir un seguimiento de atención primaria.

Si desea que su hijo visite las clínicas de salud de AFHC, con el fin de recibir servicios de atención médica de AFHC, debe indicar su consentimiento firmando este formulario. Tenga en cuenta que, después de brindar su consentimiento inicial, es posible que AFHC le solicite que complete formularios más detallados sobre el historial médico previo de su hijo antes de que puedan comenzar los servicios. Una vez que todos los formularios se hayan ejecutado satisfactoriamente, en varios momentos durante el año escolar, su hijo tendrá la oportunidad de visitar las clínicas de AFHC, que estarán ubicadas cerca de Livonia High School y al lado de STEM Magnet Academy of Pointe Coupee.

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo sea visto y reciba servicios de atención médica de AFHC en las clínicas de salud escolares de AFHC ubicadas en LHS o STEM Magnet Academy of Pointe Coupee. Entiendo que estos servicios se brindarán durante el horario escolar. Todos los servicios de atención médica son brindados únicamente por AFHC. Entiendo que la Junta Escolar no está involucrada ni es responsable de ningún tratamiento o servicio proporcionado a mi hijo por AFHC. Además, entiendo que, aunque los empleados de la Junta Escolar pueden facilitar la visita de mi hijo a la clínica de AFHC, la Junta Escolar no prestará servicios de atención médica y ningún empleado de la Junta Escolar acompañará a mi hijo mientras esté dentro de la clínica. Entendiendo lo anterior, por la presente libero a la Junta Escolar de cualquier reclamo o daño que surja de, o de alguna manera relacionada con, los servicios o el tratamiento médico proporcionado a mi hijo por AFHC. Además, doy mi consentimiento para el transporte de mi hijo por AFHC hacia y desde la escuela de mi hijo y la clínica. Reconozco que la Junta Escolar no está involucrada, de ninguna manera, con el transporte de mi hijo hacia y desde las clínicas. Además, otorgo permiso y autoridad a la Junta Escolar para compartir la información de identificación personal de mi hijo con AFHC según sea necesario para que mi hijo participe en el programa.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del niño

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**“UN EMPLEADOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES”**



**ARBOR**  
**FAMILY HEALTH**  
 LIVONIA-POINTE COUPEE  
 SCHOOL BASED CLINICS

**Pointe Coupee Central/Livonia High School Based Health Center**

Consentimiento de transporte

Yo, \_\_\_\_\_ (Padre / tutor), doy mi permiso para mi  
 niño \_\_\_\_\_ para ser transportado desde su escuela hacia y desde :

Rougon Elementary  
 13258 LA Hwy 416  
 Rougon, LA 70773

Valverda Elementary  
 1653 Valverda Rd.  
 Maringouin, LA 70757

Rosenwald Elementary  
 1100 New Roads Street  
 New Roads, LA 70760

UPC Elementary  
 4339 LA Hwy 419  
 Batchelor, LA 70715

STEM Academy  
 8434 Pointe Coupee Rd.  
 New Roads, LA 70760

Pointe Coupee Central SBHC  
 8430 Pointe Coupee Rd.  
 New Roads, LA 70760

Livonia School Based Clinic  
 8387 Newfield Drive, Suite A  
 Livonia, LA 70755

Innis Dental Clinic  
 6450 LA Hwy 1  
 Batchelor, LA 70715

Livonia High School  
 3118 LA Hwy 78  
 Livonia, LA 70755

"Smiles-To-Go"  
 School Based Mobile  
 Dental Van

En una camioneta del Innis Community Health Center (IHC) para recibir servicios médicos /  
 dentales durante el año escolar.

**Si desea revocar su consentimiento para el transporte en cualquier momento, llame al Centro de salud de la escuela central de Pointe Coupee al 225-638-3767 / Centro de salud de la escuela secundaria de Livonia al 225-412-0404.**

Nombre del niño (IMPRIMIR)

(Fecha de nacimiento del niño)

Nombre de la parte responsable

Firma de la parte responsable

(Escuela y grado del niño)

*Cindy Peavy*  
 Cindy Peavy, Directora ejecutiva

*07/28/2023*  
 Fecha de firma

*Kim Canzaro*  
 Kim Canzaro, Superintendente  
 Pointe Coupee Parish School Board

Fecha de firma



## Formulario de consentimiento uniforme de Louisiana para centros de salud escolares

El nombre del estudiante: Segundo nombre		Primer Nombre		ID# (Solo para uso de oficina.)	
Direccion de casa (incluir ciudad)					Código Postal:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Religión:	Raza:	Etnicidad :	
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra					
Número de seguro social:		Colegio:		Calificación del estudiante:	
Idioma preferido:	Correo electrónico del estudiante:		Teléfono celular del estudiante: ( )		
Nombre de la Madre/Guardian:	¿Pariente más cercano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono de Casa: ( )	Teléfono del Trabajo: ( )	Teléfono celular: ( )	Empleador:
Nombre del Padre/Guardian:		Teléfono de Casa: ( )	Teléfono del Trabajo: ( )	Teléfono celular: ( )	Empleador:
<b>Correo electrónico de los padres:</b>					
Contacto de emergencia:			Relación:	Teléfono: ( )	
Contacto de emergencia:			Relación:	Teléfono: ( )	
Médico de atención primaria del estudiante:				Teléfono: ( )	
Dentista del estudiante:				Teléfono: ( )	
Farmacia preferida:	Nombres de los hermanos inscritos en el centro de salud escolar:				
Marque el tipo de seguro médico que tiene su hijo:  <b>Envíe una copia de la tarjeta del seguro (anverso y reverso) a SBHC.</b>	<input type="checkbox"/> Medicaid/Healthy Louisiana #: _____ (marque uno a continuación) <input type="checkbox"/> Amerigroup of LA <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas LA <input type="checkbox"/> Aetna Better Health <input type="checkbox"/> LA Healthcare Connections <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Medicaid (dental) #: _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Seguro Privado / Otro      Nombre de la empresa: _____				
	Dirección de Co.: _____ Teléfono #: _____ Número de póliza: _____ Grupo#: _____ Fecha efectiva: _____ Nombre del titular de la póliza _____ Relación con la estudiante: _____ Tomadora del seguro fecha de nacimiento: _____ Titular de la póliza Seguridad Social #: _____ ¿Su seguro paga las recetas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí				
Si su hijo no tiene seguro médico, ¿le gustaría obtener información sobre un seguro médico gratuito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Su hijo es alérgica a algún alimento o medicamento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    En caso afirmativo, enumere:					
Lista de los medicamentos que toma actualmente el estudiante con la dosis (cuánto) y con qué frecuencia:					

Entendemos que el SBHC puede participar en uno o más intercambios de información médica (HIE), por lo que el centro puede compartir mi información médica con otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por la presente, damos nuestro consentimiento a la divulgación de los registros de SBHC en los HIE.

Entendemos que el SBHC está financiado a través del Programa de Salud Escolar para Adolescentes de la Oficina de Salud Pública ("OPH") y, como parte de dicho programa; el SBHC debe proporcionar información a la OPH. Por lo tanto, damos nuestro consentimiento para la divulgación de información de SBHC a OPH, o su agente, en relación con la operación, financiamiento y monitoreo continuo de los centros de salud en las escuelas. Reconocemos que la información que necesita OPH puede ser compilada a través de un HIE y damos nuestro consentimiento para la divulgación de información a un HIE para tal fin.

Ley de Luisiana R.S. 40: 31.3 establece que los centros de salud en las escuelas tienen prohibido:

1. Asesoramiento o defensa del aborto o derivación de cualquier estudiante a una organización para asesorar o defender el aborto.
2. Distribuir cualquier dispositivo de medicamentos anticonceptivos o abortivos, o productos similares.

Para informar violaciones de las prohibiciones contra el asesoramiento, la defensa o la remisión del aborto; o distribución de anticonceptivos, medicamentos abortivos, dispositivos u otros productos similares, comuníquese con el Programa de Salud Escolar para Adolescentes de la Oficina de Salud Pública al 504-568-8164.

**AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, USTED ACEPTA PERMITIR AL CENTRO DE SALUD ESCOLAR PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES SERVICIOS A SU HIJO:**

- ▲ Atención sanitaria primaria y preventiva
- ▲ historial completo y exámenes físicos
- ▲ inmunizaciones
- ▲ exámenes de salud
- ▲ pruebas de laboratorio / de diagnóstico
- ▲ atención aguda para enfermedades y lesiones menores
- ▲ Administración de medicamentos de venta libre según sea necesario
- ▲ manejo de enfermedades crónicas
- ▲ servicios de salud conductual
- ▲ programas de educación y prevención en salud
- ▲ manejo de casos
- ▲ derivación y seguimiento de emergencias
- ▲ derivación a atención especializada
- ▲ servicios dentales (donde estén disponibles)
- ▲ barniz de flúor
- ▲ Portal del paciente
- ▲ Telehealth
- ▲ Teledentistry
- ▲ transporte al sitio de SBHC en Pointe Coupee Central, Livonia High, Innis Dental Clinic y Smiles-To-Go Van

Yo, como padre / tutor, entiendo que no se me cobrará por ninguno de los servicios prestados en el centro de salud de la escuela. También entiendo que Innis Community Health Center o el médico pueden facturar a Medicaid y otros proveedores de seguros por estos servicios. Autorizo / cedo pagos de beneficios autorizados directamente a Innis Community Health Center, Inc.

**Al firmar a continuación, nosotros (el estudiante y el padre / tutor) reconocemos que hemos leído y entendido los servicios que se brindarán en el centro de salud de la escuela. Ambos damos permiso para que este estudiante reciba los servicios proporcionados por el programa.**

**Este consentimiento es efectivo mientras el estudiante está inscrito en Pointe Coupee / Livonia SBHC a menos que se notifique por escrito al Centro de Salud Escolar que ya no deseo que mi hijo reciba servicios. Entiendo que se me puede pedir que complete un formulario de una página cada año escolar para actualizar información importante.**

También entendemos que el Centro de salud escolar es operado por Innis Community Health Centers, Inc. y sus empleados y contratistas.

Nombre de la parte responsable

Relación

Firma de la parte responsable

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier momento con el permiso por escrito del padre / tutor y del estudiante a la entidad mencionada anteriormente. Se entregará una copia duplicada de este documento a los padres o tutores cuando lo soliciten.

Office use only: Reviewed/Entered by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Effective June 2023

**Solo para uso de oficina.**

**Student's Name:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth** \_\_\_\_\_

**Confidencialidad:** Los Centros de Salud Escolares (SBHC) se adhieren a todas las leyes vigentes con respecto a la confidencialidad de los servicios de salud en general y específicamente en lo que se refiere a los servicios a menores. Todos los registros médicos y de salud mental son confidenciales y se mantendrán según las instrucciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Doy mi consentimiento para el intercambio de información de salud relevante entre Pointe Coupee y Livonia SBHC y el proveedor médico personal del estudiante al ser referido para atención médica. Se me ha entregado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Innis Community Health Centers, Inc. que describe cómo se usa y comparte mi información médica. Entiendo que Pointe Coupee y Livonia SBHC tienen derecho a cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual comunicándome con el Centro de salud escolar, al 225-638-3767 \ 225-412-0404. Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento de que se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Aceptamos el intercambio de información de salud relevante (incluida información sobre exámenes físicos, historiales médicos y otra información) entre la enfermera de la escuela y el personal del centro de salud según sea necesario para facilitar la evaluación de las necesidades de salud de este estudiante, educación especial multidisciplinaria evaluaciones, referencias disciplinarias, registros de asistencia y registros de vacunación. Entendemos que debido a la naturaleza confidencial de los servicios proporcionados en el centro de salud, solo se compartirá con el director de la escuela la información sobre crisis o amenaza de daño grave o grave a sí mismo o a otros.

La junta escolar y el centro de salud escolar acuerdan por la presente que toda la información médica del estudiante se declara confidencial y no se puede divulgar a ninguna otra persona, empresa u organización que no sea (1) un proveedor de atención médica (para diagnóstico, tratamiento o asesoramiento propósitos); (2) el seguro autorizado o el pagador de beneficios o plan de servicios de atención médica que es responsable del pago; o (3) el cónyuge, padre / tutor del estudiante menor de edad. Aunque nada de lo aquí contenido puede prohibir el tratamiento por parte de un médico con licencia de alguien en una verdadera situación de emergencia dentro del significado de la Ley de Tratamiento de Emergencia de Luisiana, las visitas y / o tratamientos deben ser revelados a los padres tan pronto como sea razonablemente posible después de la visita y / o tratamiento, mediante un esfuerzo razonable mediante notificación por escrito a través del niño a los padres / tutores y / o una llamada telefónica a los padres / tutores. La información médica obtenida no se puede utilizar para ningún otro propósito que no sea el examen médico, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un proveedor de atención médica autorizado. Las disposiciones de este párrafo no se aplican en casos de abuso infantil por parte de un padre / tutor. Cualquier información médica utilizada con fines de encuestas o para evaluar el desempeño del centro de salud escolar mantendrá la identidad de los estudiantes en el anonimato, incluidas las referencias a los números de seguro social u otros métodos de identificación. Nada de lo contenido en este documento constituirá un consentimiento médico para dar suministros a un menor que impliquen anticoncepción, aborto, relaciones sexuales prematrimoniales, ni se podrá realizar un examen o tratamiento con el fin de determinar si el asesoramiento para dichos servicios o suministros es o no apropiado. Nada en este párrafo invalidará el Consentimiento otorgado en el Adjunto.

En cualquier momento, el padre o tutor o el menor de edad pueden negarse a proporcionar información, incluidos, entre otros, el historial médico a largo plazo del niño y los miembros de la familia si el niño decide hacerlo o si el padre restringe o prohíbe la divulgación de dicha información. La limitación no tiene la intención de prohibir que el padre o el niño proporcionen un historial médico relacionado con la razón o el propósito específico por el que el niño busca tratamiento médico. He leído y entiendo la información de este formulario. Doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento médico en el centro de la escuela secundaria Pointe Coupee Central / Livonia. Soy el tutor legal del niño.

*Acuso recibo del Aviso de privacidad y entiendo que puedo llamar a Pointe Coupee Central SBHC al 225-638-3767 / Livonia High SBHC al 225-412-0404 para que me respondan cualquier pregunta relacionada con el Aviso de privacidad.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Su nombre (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_





# ARBOR

## FAMILY HEALTH

LIVONIA-POINTE COUPEE  
SCHOOL BASED CLINICS

### Pointe Coupee Central/Livonia High School Based Health Center

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ El año escolar: \_\_\_\_\_

**Historial médico del estudiante** (indique cuál de las siguientes afecciones médicas ha sido tratado su hijo o si tiene inquietudes que su hijo pueda tener)

Sí	No	Condición Médica	Sí	No	Condición Médica
		Sangrado anormal			Infecciones de oído
		ADHD/ADD			Pérdida de la audición
		Alergias			Problemas del habla
		Asthma (traiga el inhalador a la clínica)			Preocupaciones de salud mental / depresión
		Defecto de nacimiento			Discapacidad física
		Lesión cerebral o en la cabeza			Respiratorio (problemas pulmonares)
		Huesos rotos			Fiebre reumática (escarlatina)
		Problemas cardiovasculares (corazón)			Convulsiones
		Alta presión sanguínea			Enfermedad de célula falciforme
		Enfermedad dental			Problemas de visión / trastornos oculares
		Diabetes			Infección por estafilococos (absceso o forúnculo)
		Problemas alimenticios/Poco apetito			COVID-19
					Otro:

### Historial quirúrgico y de hospitalización del estudiante

¿Alguna vez ha tenido su hija cirugía? (En caso afirmativo, especifique a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sí	No	Cirugía	Sí	No	Cirugía
		Tubos de PE (tubos en los oídos)			Adenoidectomía
		Apendectomía			Cirugía de huesos o articulaciones
		Amigdalectomía			Otro:
¿Alguna vez su hija ha sido ingresada en un hospital? (En caso afirmativo, especifique a continuación) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Hospital		Fecha	Causa		

### Historial médico familiar (cuál de las siguientes condiciones médicas se aplica a usted oa un familiar directo)

Sí	No	Condición y detalles	Relación con el estudiante (madre, hermana, etc.)	Sí	No	Condición y detalles	Relación con el estudiante (madre, hermana, etc.)
		Asthma				Diabetes	
		Cáncer				Convulsiones	
		Alta presión sanguínea				Muerte súbita antes de los 50 años	
		Enfermedad cardíaca / Ataque cardíaco				Célula falciforme	
		Preocupaciones de salud Emocional / mental				Tuberculosis	
		Trastorno nervioso / mental				Otro:	
		Otro				Otro:	

<b>Firma de la parte responsable</b> _____	<b>Fecha</b> _____ <b>Número de contacto</b> _____
--	---



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nos complace ayudarlo a mantener saludable a su hijo completando las vacunas requeridas este año escolar. La firma de este formulario indica que recibirá los formularios VIS antes de administrar las vacunas y solicita que el centro de salud escolar le dé a su hijo las vacunas recomendadas por los CDC, que incluyen:

Vacunas requeridas:

- HepA (hepatitis A)      Meningocócica
- HepB (hepatitis B)      Varicela (varicela)
- Tdap (tétanos, difteria, tos ferina acelular)
- MMR (sarampión, paperas, rubéola)
- Polio
- DTaP (difteria, tétanos y tos ferina acelular)

Vacunas opcionales: marque Sí o No

- VPH (virus del papiloma humano) **SÍ** \_\_ **NO** \_\_
- Influenza **SÍ** \_\_ **NO** \_\_

**Responda las preguntas a continuación encerrando en un círculo "sí" o "no"**

¿Alguna vez su hijo ha tenido la enfermedad de varicela?	Sí	No
¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos o vacunas?	Sí	No
¿Su hijo ha tenido una reacción grave a una vacuna en el pasado?	Sí	No
¿Ha tenido su hijo una convulsión o un problema cerebral?	Sí	No
¿Su hijo tiene cáncer, leucemia, SIDA o algún otro problema inmunológico?	Sí	No
¿Su hijo ha tomado cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, contra el cáncer, o se ha sometido a tratamientos de rayos X en los últimos 3 meses?	Sí	No
¿Ha recibido el estudiante una transfusión de sangre o productos sanguíneos o se le ha dado inmunoglobulina (gamma) en el último año?	Sí	No
¿Su hijo está embarazada o existe la posibilidad de que pueda quedar embarazada en el próximo mes?	Sí	No
¿Su hijo ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?	Sí	No
¿Su hijo es alérgico a los huevos / pollo?	Sí	No

¿En qué consultorio médico recibió su hijo las vacunas de la infancia? \_\_\_\_\_

Si tiene registros de vacunas actualizados en casa, envíelos a la escuela con su hijo. Haremos una copia y le devolveremos su original.

Si desea que la Clínica de Salud Escolar de Brusly administre vacunas, firme a continuación.

No hay ningún costo para usted por este servicio.

Llame al 225-385-2668 o al 225-344-0008 si tiene alguna pregunta o inquietud.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

YO, (NOMBRE DEL PADRE / TUTOR) \_\_\_\_\_ doy permiso para que mi hijo reciba vacunas en Pointe Coupee & Livonia SBHC. Firme a continuación como recibo de las declaraciones de información sobre vacunas.

**FIRMA DEL PADRE / TUTOR**

**FECHA**





A DIVISION OF INNIS COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC.

SMILES-TO-GO

ID# (Office use only)

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

(ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ EL AÑO PASADO): \_\_\_\_\_

**FORMA DE CONSENTIMIENTO DENTAL**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL DEL ESTUDIANTE: (MARQUE LA RESPUESTA APROPIADA)**

1. ¿Su estudiante ve a un dentista de forma rutinaria?..... SÍ NO  
Si la respuesta es SÍ, por favor enumere a la dentista \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue la última vez que le limpiaron los dientes a su estudiante? .....6 MESES 12 MESES NO SEGURO
3. ¿Cuándo fue la última vez que le tomaron radiografías dentales a su estudiante?.....6 MESES 12 MESES NO SEGURO
4. ¿Con qué frecuencia su estudiante come dulces, mentas o masca chicle?.....DIARIO SEMANAL MENSUAL CASI NUNCA
5. ¿Con qué frecuencia bebe su estudiante gaseosas u otras bebidas dulces?.....DIARIO SEMANAL MENSUAL CASI NUNCA
6. ¿Ha recibido su estudiante alguna vez una inyección para adormecer los dientes?.....SÍ NO
7. ¿Es su estudiante alérgico al látex?.....SÍ NO
8. ¿Su hijo tiene problemas con las encías sangrantes al usar hilo dental o cepillarse los dientes?.....SÍ NO
9. ¿Su estudiante le tiene miedo al cuidado dental? .....SÍ NO
10. ¿Su estudiante tiene dolor o malestar en algún diente ahora? .....SÍ NO  
¿Si es así, donde? \_\_\_\_\_
11. ¿Ha tenido su estudiante alguna vez alguna lesión en la cara, boca o dientes? .....SÍ NO  
¿Si es así, donde? \_\_\_\_\_
12. ¿Su estudiante ha experimentado alguna vez complicaciones de algún tipo durante el tratamiento dental?.....SÍ NO  
Si es así, ¿dónde y qué pasó? \_\_\_\_\_

Marque el tipo de seguro de salud dental que tiene su hijo:	Medicaid/LaCHIP #: _____ Sin seguro Seguro Privado / Otro Nombre de empresa: _____ Dirección de la empresa: _____ Teléfono #: _____ Póliza # _____ Grupo #: _____ Fecha efectiva: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con la estudiante: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Tomadora del seguro social número: _____
---	--

**TODOS LOS SERVICIOS SON PROPORCIONADOS POR PROFESIONALES CON LICENCIA**

**LOS SERVICIOS DE INNIS COMMUNITY HEALTH CENTERS, INC SERÁN PROPORCIONADOS ÚNICAMENTE CON EL CONSENTIMIENTO FIRMADO POR EL PADRE / TUTOR LEGAL.**

El Programa Dental Móvil ofrece los siguientes servicios:

- ❖ exámenes orales ❖ rayos X ❖ limpiezas dentales ❖ selladores dentales (recubrimientos protectores de plástico)
- ❖ tratamientos con flúor ❖ empastes y otras restauraciones ❖ extracciones (extracción de dientes) ❖ Teledentistry
- ❖ derivación a atención especializada

**Encierre en un círculo los servicios específicos que NO desea que su hijo reciba.**

- ❖ Algunos tratamientos dentales pueden realizarse con anestesia local (inyección para adormecer los dientes).  
Las dificultades con los anestésicos locales son raras.
- ❖ Si es necesario, su hijo puede recibir medicamentos de venta libre: Tylenol o Motrin. Marque con un círculo **sí o no** si da permiso para administrar tales analgésicos. **SÍ NO**
- ❖ En nuestras instalaciones dentales no se utilizan gases de la risa ni sedantes.

Al igual que con cualquier procedimiento de atención médica, existen riesgos asociados con cualquier tratamiento dental. Comuníquese con la Unidad Dental Móvil si tiene preguntas, inquietudes o complicaciones relacionadas con el cuidado de su hijo en el campus principal 225-492-3775.

**El Programa Dental Móvil brinda atención de calidad, comodidad y conveniencia. VOLVER LA PÁGINA**

**He leído y entiendo la información de este formulario. Doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento dental en (Smiles-To-Go) Innis Community Health Centers, Inc. Acuso recibo del Aviso de Privacidad y entiendo que puedo llamar al Programa Dental Móvil al 225-492-3775 (campus principal) para que me respondan cualquier pregunta relacionada con el Aviso de Privacidad. Soy el tutor legal del niño.**

Firma \*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_



**USO DE OFICINA ÚNICAMENTE**

Student Name:

2nd Identifier:

Last

First

Yo, como padre / tutor, entiendo que no se me cobrará por ninguno de los servicios prestados a través del centro de salud. También entiendo que Innis Community Health Centers, Inc, Mobile Dental Program puede facturar a Medicaid u otros proveedores de seguros por estos servicios. Autorizo / cedo pagos de beneficios autorizados directamente a Innis Community Health Centers, Inc.

Nosotros (estudiante y padre / tutor) hemos leído y entendido los servicios que se ofrecerán en el centro de salud escolar. Ambos damos permiso para que este estudiante reciba los servicios ofrecidos por el programa. También entendemos que la Unidad Dental Móvil es operada por Innis Community Health Centers, Inc y sus empleados y contratistas. Innis Community Health Centers, Inc es un centro de salud calificado federalmente que trabaja dentro de las escuelas identificadas del sistema escolar de la parroquia de Pointe Coupee a través de un acuerdo intergubernamental. Innis Community Health Centers, Inc mantiene una Junta de Directores de voluntarios locales y su propia responsabilidad, negligencia y seguro de Director y Oficial. Se puede contactar al Programa Dental Móvil de Innis Community Health Centers, Inc llamando al campus principal al 225-492-3775.

Este consentimiento es efectivo mientras el estudiante está inscrito en el programa Innis Community Health Centers, Inc. Mobile Dental Smiles-To-Go, a menos que se notifique por escrito a Innis Mobile Dental-Smiles To Go que ya no deseo que mi hijo reciba servicios. Entiendo que se me puede pedir que complete un formulario de una página cada año escolar para actualizar información importante.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la parte responsable

Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

Fecha: \_\_\_\_\_

Este consentimiento puede ser retirado o modificado en cualquier momento con el permiso por escrito del padre / tutor y del estudiante a la entidad mencionada anteriormente. Se entregará una copia duplicada de este documento a los padres o tutores cuando lo soliciten.

**SMILES TO GO ----- 225 492-3775**

**OFICINA ADMINISTRATIVA 6450 LA HWY 1, Suite B, INNIS, LA 70747**



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ El año escolar: \_\_\_\_\_

**Historial médico del estudiante** (indique cuál de las siguientes afecciones médicas ha sido tratado su hijo o si tiene inquietudes que su hijo pueda tener)

Sí	No	Condición Médica	Sí	No	Condición Médica
		Sangrado anormal			Infecciones de oído
		ADHD/ADD			Pérdida de la audición
		Alergias			Problemas del habla
		Asthma (traiga el inhalador a la clínica)			Preocupaciones de salud mental / depresión
		Defecto de nacimiento			Discapacidad física
		Lesión cerebral o en la cabeza			Respiratorio (problemas pulmonares)
		Huesos rotos			Fiebre reumática (escarlatina)
		Problemas cardiovasculares (corazón)			Convulsiones
		Alta presión sanguínea			Enfermedad de célula falciforme
		Enfermedad dental			Problemas de visión / trastornos oculares
		Diabetes			Infección por estafilococos (absceso o forúnculo)
		Problemas alimenticios/Poco apetito			COVID-19
					Otro:

**Historial quirúrgico y de hospitalización del estudiante**

¿Alguna vez ha tenido su hija cirugía? (En caso afirmativo, especifique a continuación)  Sí  No

Sí	No	Cirugía	Sí	No	Cirugía
		Tubos de PE (tubos en los oídos)			Adenoidectomía
		Apendectomía			Cirugía de huesos o articulaciones
		Amigdalectomía			Otro:

¿Alguna vez su hija ha sido ingresada en un hospital? (En caso afirmativo, especifique a continuación)  Sí  No

Hospital	Fecha	Causa

**Historial médico familiar** (cuál de las siguientes condiciones médicas se aplica a usted o a un familiar directo)

Sí	No	Condición y detalles	Relación con el estudiante (madre, hermana, etc.)	Sí	No	Condición y detalles	Relación con el estudiante (madre, hermana, etc.)
		Asthma				Diabetes	
		Cáncer				Convulsiones	
		Alta presión sanguínea				Muerte súbita antes de los 50 años	
		Enfermedad cardíaca / Ataque cardíaco				Célula falciforme	
		Preocupaciones de salud Emocional / mental				Tuberculosis	
		Trastorno nervioso / mental				Otro:	
		Otro				Otro:	

Enumere todos los medicamentos actuales: \_\_\_\_\_

Indique cualquier alergia: \_\_\_\_\_

Firma de la parte responsable _____	Fecha _____ Número de contacto _____
-------------------------------------	---

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Solicitud de privilegios de tarifa de escala deslizante**

Para conservar los privilegios de tarifa de escala móvil, **SE DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE INGRESOS DENTRO DE LOS 5 DÍAS DE ESTA SOLICITUD.** (Ejemplo de prueba de ingresos incluye pero no se limita a: Recibo de pago reciente para todos los miembros que trabajan y evidencia de otros ingresos, carta de adjudicación actual o copia impresa de la Administración del Seguro Social, pensión alimenticia o manutención de niños, una declaración en papel con membrete del empleador que indique el promedio de horas trabajadas una semana y la tasa de pago, o un extracto bancario reciente.) **Si no se recibe prueba de ingresos o se niega a proporcionar esta información dentro de este tiempo, será responsable del 100% de la factura.**

Por favor complete la siguiente información del hogar:

¿Usted o alguien que reside en su hogar recibe alguno de los siguientes?

		Si	No	Monto		Si	No	Monto
A	Empleo				K	Seguridad Social para cónyuge, hijos u otros		
B	Desempleo				L	Cupones de alimentos		
C	Compensación de trabajadores				M	Cualquier apoyo regular de alguien que no viviendo contigo		
D	Beneficios de Huelga				N	Pensión de empleado del gobierno		
E	Beneficios para veteranas				O	Pagos de anualidades de seguro privado y/o seguro regular		
F	Fondos de Capacitación Laboral				P	Dividendos		
G	Pensión alimenticia				Q	Pagos de interés		
H	Manutención de los hijos				R	Pagos de alquiler		
I	Asignaciones para familias militares				S	Regalías		
J	AFDC				T	Ingresos de herencias/fideicomisos		

Total anual de ingresos de arriba: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de cada miembro de su hogar a continuación (si no hay suficiente espacio, use el reverso)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingreso	Semanal, quincenal, Bimensual, Mensual

Certifico que he leído o me han leído el cuestionario anterior y que toda la información es correcta. Entiendo que no revelar por completo mis ingresos reales es un acto de fraude y puede ser sancionado con una multa o prisión de acuerdo con la ley federal.

Firma de la paciente/tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## 2023 Sliding Scale Discounts

You may be eligible for **DISCOUNTED SERVICES**—even with private insurance!

Arbor Health Clinics offer discounted services to ALL who qualify. Find out if you are eligible on the scale below.

How Many People in Your Household?	INCOME LEVEL Pay only \$20	INCOME LEVEL Pay 25%	INCOME LEVEL Pay 50%	INCOME LEVEL Pay 75%	INCOME LEVEL Pay 100%
1	\$0 - \$14,580	\$14,581 - \$19,391	\$19,392 - \$24,203	\$24,204 - \$29,160	\$29,161 +
2	\$0 - \$19,720	\$24,650 - \$26,228	\$26,229 - \$32,735	\$32,736 - \$39,440	\$39,441 +
3	\$0 - \$24,860	\$31,075 - \$33,064	\$33,065 - \$41,268	\$41,269 - \$49,720	\$49,721 +
4	\$0 - \$30,000	\$37,500 - \$39,900	\$39,901 - \$49,800	\$49,801 - \$60,000	\$60,001 +
5	\$0 - \$35,140	\$43,925 - \$46,736	\$46,737 - \$58,332	\$58,333 - \$70,280	\$70,281 +
6	\$0 - \$40,280	\$50,350 - \$53,572	\$53,573 - \$66,865	\$66,866 - \$80,560	\$80,561 +
7	\$0 - \$45,420	\$56,775 - \$60,409	\$60,410 - \$75,397	\$75,398 - \$90,840	\$90,841 +
8	\$0 - \$50,560	\$63,200 - \$67,245	\$67,246 - \$83,930	\$83,931 - \$101,120	\$101,121 +
Over 8	Add \$5,140 for each person over 8	Add \$6,425 for each person over 8	Add \$7,710 for each person over 8	Add \$8,995 for each person over 8	Add \$10,280 for each person over 8

Once qualified, you must show us valid proof of income to receive your discounts.  
**Accepted documents:** Tax Return, Recent Check Stub, Bank Statement, Social Security Letter or Food Stamp Award Letter. Please fill out a Sliding Scale Form available at the front desk. **If you have questions, just ask us!**

Based on 2023 Poverty Guidelines, U.S. Health & Human Services | <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

### Our Care Coordinators

Our Arbor Family Health Care Coordinators are here to answer ALL of your questions! We can help you:

- Apply for Medicaid/Medicare
- Apply for SNAP benefits
- Section 8 Affordable Housing
- Assistance with Transportation
- Obtain a cell phone
- Prepare you for a job interview
- Network with local job opportunities
- Assist you in learning how to be a successful employee

Give us a call today and ask to speak with a Care Coordinator!

1-888-711-3785

ARBOR  
FAMILY HEALTH