



School-Based Health Center 2018-2019 Enrollment and Consent Form

Rev. 6/13/2018

Grade THS BTEC

Student Information

Complete Student Name: Birthdate: Male Female Other

Complete Address: City: CO, Zip:

Student Cell Phone Number: Student Email:

Ethnicity: Hispanic/Latino Not Hispanic/ Latino

Race: Native American Alaskan Native Asian African American Native Hawaiian/Pacific Islander White Other

Students' Doctor/Clinic: Clinica Family Health Denver Health Kaiser Kids First Health Care Rocky Mountain Youth Salud Other:

Preferred Pharmacy: Name Where is the pharmacy located?

Parent/Guardian Information

Kids First Health Care uses the following PRIVATE information for funding purposes only.

Number of immediate family members in your home:

Your estimated income: \$ Weekly Monthly Yearly

Mother/Guardian: Name Cell Number Email Language

Father/Guardian: Name Cell Number Email Language

Student Health Insurance Information

Kids First Health Care uses the following health insurance information for billing purposes when possible.

Please submit a copy of the student's health insurance card.

•Medicaid: CO Access Denver Health Kaiser •CHP+: CO Access Denver Health Kaiser •Private Health Insurance:

Group Number/ID Number: •Uninsured: with a discount plan NO discount plan

Is it ok for us to contact you regarding public health insurance information? Yes No

Consent

I have read, understand and consent to the services offered by Kids First Health Care (KFHC) and am requesting said services be provided to my student. I have received the KFHC Notice of Privacy Practices. I give permission to bill my health insurance carrier for services received. I agree to notify KFHC of changes in the insurance status of my child. I authorize KFHC to disclose all or any portion of my child's medical record to any entity pertinent to his/her health care, including but not limited to the Community Reach Center (the mental health provider that operates under the scope of the KFHC medical practice), the school administration, school health tech, school nurse, KFHC staff, & the student's regular medical provider, and as otherwise permitted by law. I further authorize Adams 12 Five Star Schools to disclose to KFHC staff and any KFHC subcontractor including Community Reach Center my child's school attendance, immunization, health/disability, and other pertinent school records that may assist the KFHC staff or its subcontractors' staff in helping my child. I understand that the Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) provides funding for the health services I receive at this school-based health center and is legally able to receive information regarding services provided to patients. CDPHE receives combined data for all patients, and this data does not specifically identify any individual patient. I understand that KFHC maintains electronic medical records. I understand KFHC is a Colorado Immunization Information System (CIIS) authorized provider. I authorize electronic download of eligibility and medication history information.

In partnership with KFHC, Community Reach Center provides behavioral health consultation, therapy, and counseling to children and their families to support social-emotional well-being, hope, and recovery. The Behavioral Health Professional (BHP) can also help facilitate referrals to other community providers, including access to ongoing mental health therapy, if needed. All information shared with the BHP is kept confidential unless there is a concern about safety, abuse or neglect. If you or your child has Medicaid coverage, information regarding your visit with the BHP will be shared/billed to Medicaid. I authorize electronic download of eligibility and medication history information. I understand the information on this form and agree to participate in consultation services if needed with the BHP.

I ACCEPT to enroll this student into the Kids First Health Care school-based health center and agree to all of the above.

I DECLINE to enroll this student into the Kids First Health Care school-based health center at this time.

X
Parent/Legal Guardian Signature (Student if older than age 18)

Date

Students under age 18 must have a signed parent/guardian consent form on file to receive most Kids First Health Care services. According to Colorado state laws, parental consent is not required for mental health, drugs and alcohol counseling for youth 15 years and older and for sexual health services for youth of any age.

For Staff Use Only: Enrollment Code < 200% of FPL: Yes/No Information in IC Info in EMR



Grado THS BTEC

Información del Alumno

Nombre Completo del Alumno: Fecha de Nacimiento: Hombre Mujer Otro
 Dirección Completa: Ciudad: CO, Código Postal:
 Número de Celular del Alumno: Correo Electrónico del Alumno:
 Origen Étnico: Hispano/Latino NO Hispano/ Latino
 Raza: Indio Nativo Americano Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái u Oceanía Blanco Otra
 Clínica o Medico del Alumno: Clinica Family Health Denver Health Kaiser Kids First Health Care Rocky Mountain Youth Salud Otra:
 Farmacia Preferida: Nombre ¿Donde esta ubicada?

Información del Padre, Madre o Tutor Legal

La clínica Kids First Health Care utiliza esta información privada solo para el propósito de recaudar fondos.

•Número de familiares inmediatos en su hogar: •Estimado de sus ingresos \$ Semanal Mensual Por Año
 Nombre de Madre/Tutor Legal: Número de Celular: Correo Electrónico: Idioma:
 Nombre de Padre/Tutor Legal: Número de Celular: Correo Electrónico: Idioma:

Información del Seguro Medico del Alumno

La clínica Kids First Health Care utiliza la siguiente información de seguro médico para el propósito de cobrar al seguro médico cuando es posible.

Favor de entregar una copia de la tarjeta del seguro médico de este alumno.

•Medicaid: CO Access Denver Health Kaiser •CHP+: CO Access Denver Health Kaiser •Seguro Médico Privado:
 Número del grupo y/o ID: •NO tiene Seguro Médico: tiene plan de descuento No tiene plan descuento

¿Está bien que nos comuniquemos con usted para informarle sobre las opciones del seguro médico público? Sí No

Consentimiento y Autorización para Compartir Expedientes

He leído, entiendo, y doy consentimiento a los servicios que ofrece la clínica Kids First Health Care (KFHC) y solicito que los mismos le sean proporcionados a mi hijo(a). He recibido el aviso de las prácticas de privacidad de la clínica KFHC. Doy mi autorización para que se facturen a mi seguro médico por los servicios recibidos. Estoy de acuerdo con notificar a la clínica KFHC de cualquier cambio en el seguro médico de mi hijo(a). Autorizo a la clínica KFHC a revelar todo o cualquier parte del expediente médico de mi hijo(a) a cualquier entidad relacionada con su atención médica, incluidos, entre otros, el Community Reach Center, (servicios de salud mental que opera bajo el alcance de la practica medica de la clínica KFHC), la administración de la escuela, la asistente de salud de la escuela, el personal de la clínica KFHC y el proveedor medico regular del estudiante, y como de otra manera sea permitido por ley. Además, autorizo al distrito escolar Adams 12 Five Star Schools a revelarle al personal de KFHC y cualquier subcontratista incluyendo a Community Reach Center los registros escolares de asistencia, vacunas, salud o discapacidad y otros registros pertinentes que le sirvan al personal de la clínica KFHC o al personal de sus subcontratistas para atender a mi hijo(a). Entiendo que el Departamento de Salud Pública y el Medio Ambiente del estado de Colorado (CDPHE) proporciona financiamiento para los servicios de salud que recibo en este centro de salud basado en la escuela, y legalmente puede recibir información sobre los servicios proporcionados a los pacientes. CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, pero estos datos no identifican específicamente a ningún paciente. Entiendo que la clínica KFHC mantiene expedientes médicos electrónicos. Entiendo que la clínica KFHC está autorizada como proveedor del sistema electrónico de vacunaciones del estado de Colorado (CIIS). Autorizo la descarga electrónica de información sobre elegibilidad y el historial de medicamentos recetados.

En asociación con la clínica KFHC, Community Reach Center proporciona consultas de salud, terapia, y consejería del comportamiento para niños y sus familias para apoyar el bienestar social y emocional, esperanza y recuperación. Este apoyo también ayudará a las familias obtener información, conectarse con los recursos necesarios y desarrollar nuevas habilidades. El profesional de salud conductual (BHP) también puede ayudar a facilitar las remisiones a otros proveedores de la comunidad, incluido el acceso a la actual terapia de salud mental, si es necesario. Toda la información compartida con la BHP es confidencial, a menos que exista una preocupación acerca de la seguridad, abuso o negligencia. Si usted o su hijo tiene cobertura de Medicaid, información relativa a su visita con el BHP será compartida/facturado a Medicaid. Autorizo a la descarga electrónica de elegibilidad y medicamentos información de historial. Entiendo que la información de este formulario y estar de acuerdo en participar en servicios de consulta si es necesario con el BHP.

Yo ACEPTO inscribir a mi alumno en el centro de salud de la clínica KFHC ubicado en la escuela y estoy de acuerdo con todo lo mencionado.

Yo NO ACEPTO en este momento inscribir a mi alumno en el centro de salud de la clínica KFHC ubicado en la escuela.

X
Firma del Padre o Tutor Legal (Alumno si es Mayor de 18 Años)

Fecha

Alumnos menores de 18 años de edad deben tener un formulario de consentimiento firmado por sus padres/tutor legal en archivo para recibir la mayoría de los servicios de la clínica escolar. Según las leyes estatales de Colorado, el consentimiento parental no se requiere para ciertos servicios, incluyendo consejería de la salud mental, drogas y alcohol para los jóvenes mayores de 15 años y para los servicios de salud sexual para los jóvenes de cualquier edad.

For Staff Use Only: Enrollment Code < 200% of FPL: Yes/No Information in IC Info in EMR