



For office use only:
Acct # _____

LA CASA SBHC CONSENT FORM

This program is for all children, both insured and non-insured.

Child's Name: _____ Male ___ Female ___ Date of Birth: ___/___/___
Address: _____ City: _____ State _____ Zip: _____
Race (Check one or all that apply): Caucasian African American American Indian Asian Native Hawaiian Other Refused
Ethnicity (Check one or all that apply): Hispanic Non-Hispanic Refused
(Print) Parent's/Guardian's Name: _____ Date of Birth: ___/___/___ Phone: _____
School: _____ Teacher's Name: _____ Grade: _____
Emergency Contact: _____ Phone: _____
Relationship to Emergency Contact: _____

MEDICAL HISTORY: If there is a medical condition which requires pre-medication please let us know.

Yes ___ No ___ Heart Murmur. If yes, is it resolved per child's medical doctor? _____
Yes ___ No ___ Rheumatic fever: Date of Occurrence _____ Yes ___ No ___ Latex Rubber Allergy
Yes ___ No ___ Asthma: Medication _____ Yes ___ No ___ Drug Allergies: _____
Yes ___ No ___ AIDS/HIV Virus Yes ___ No ___ Food Allergies _____
Yes ___ No ___ Special Needs: _____ Yes ___ No ___ Nut Allergies _____
Yes ___ No ___ Diabetes Yes ___ No ___ Tuberculosis: Date of Occurrence _____
Yes ___ No ___ Hepatitis: Date of Occurrence _____ Medications: _____
Yes ___ No ___ Mitral Valve Prolapse or Artificial Heart Valve

BILLING INFORMATION

Name of Medical Insurance: _____
Policy #: _____ Group #: _____
Policy Holder Name: _____ SS #: _____ Date of Birth: ___/___/___
If child has Medicaid print name as it reads on their card: _____
Circle the type of Medicaid: Molina Presbyterian United Health Care BCBS
Child's Social Security #: _____ Date of Birth: ___/___/___
Policy #: _____

CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT

I have read, or have had read to me, and I understand the information on this form. All my questions were answered to my satisfaction. I hereby give permission for La Casa Family Health Care School Based Health Center to treat my child (while he/she is enrolled in the Roswell Independent School District). **I understand that unless I choose to withdraw my consent in writing, this authorization will continue for the entire period of time my child is enrolled in this school.** I further give permission for La Casa SBHC Staff to access my child's class schedule (for appointment purposes only). I understand that SBHC services are confidential, except in a life-threatening situation or when emergency services are needed and in accordance with the law. I give permission to the SBHC to exchange pertinent information to appropriate person for the purpose of providing healthcare, diagnosis, treatment and counseling services, as well as for maintaining quality and safety. I understand that SBHC records are confidential and will not be shared unless written consent is provided by the student and/or parent/guardian. I have received a copy of the HIPAA Notice of Privacy Practices. I understand that New Mexico law does not require parental consent for treatment or advice about sexually transmitted diseases, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age and behavioral health counseling services to minors age 14 years or older. We do follow HIPPA guidelines.

Signature Parent/Guardian (or patient if 18 or older) Printed Name Parent/Guardian(or patient if 18 or older) _____ Date



For office use only:

Acct # _____

La Casa Formulario de Consentimiento Médico

Este programa es para todos los niños con seguro médico o sin seguro médico.

Nombre del niño/a _____ Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento ___/___/___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Raza (marque uno o todos los que apliquen): Caucásiana Africana American American Indian Asian Native Hawaiian Other Rechazar

Origen Étnico (marque uno o todos los que apliquen): Hispano No Hispano Rechazar

Nombre de padres _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Número de teléfono _____

Escuela _____ Nombre de maestra _____ Grado _____

Contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Relación con el contacto de emergencia _____

Historia Médica: Por favor déjenos saber de cualquier condición médica que tenga su hijo/a que requiera medicamento.

Sí ___ No ___ Soplo cardiaco, si la respuesta es sí, ha sido el problema resuelto por el doctor de su hijo/a? _____

Sí ___ No ___ Fiebre reumática: ¿que fecha ocurrió? _____

Sí ___ No ___ Alergia a hule o látex

Sí ___ No ___ Asma: Medicamento _____

Sí ___ No ___ Alergias: _____

Sí ___ No ___ SIDA/VIH

Sí ___ No ___ Necesidades especiales: _____

Sí ___ No ___ Diabetes

Sí ___ No ___ Tuberculosis: ¿que fecha ocurrió?

Sí ___ No ___ Hepatitis: ¿que fecha ocurrió? _____

Medicamentos: _____

Sí ___ No ___ Prolapso de las válvulas del corazón artificial

Información de Cobros

Nombre del seguro médico _____ Número de la póliza de seguros _____

Número del grupo de seguros _____ Nombre del asegurado _____

Número de seguro social del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado ___/___/___

Si es seguro de Medicaid por favor escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Medicaid _____

Cual es el tipo de Medicaid: Molina Presbyterian United Health Care Blue Cross, Blue Shield

Número de la póliza de seguros _____

Número de seguro social del niño/a _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

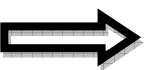
Autorización para Tratamiento Médico

He leído, o me han leído la información en este documento y la comprendo. Todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Yo doy mi permiso para que mi niño(a) reciba los servicios de La Casa SBHC (siglas en inglés) mientras que él o ella está inscrito en este distrito escolar. **A menos de que yo escoja retirar mi consentimiento por escrito, esta autorización continuará por el período total de tiempo que mi hijo esté inscrito en esta escuela.** Yo doy mi permiso para que el personal de La Casa SBHC tenga acceso al horario de clases de mi hijo(a), con el propósito de hacer citas. Yo entiendo que los servicios de La Casa SBHC son confidenciales, excepto en el caso de una situación que amenace su vida o cuando se necesiten servicios de emergencia y de acuerdo con la ley. Yo doy permiso a La Casa SBHC para intercambiar información pertinente con las personas apropiadas con el propósito de dar cuidados de salud, diagnóstico, tratamiento y servicios de consejería, así como para mantener la calidad y seguridad. Yo entiendo que los datos de salud que La Casa SBHC tenga, son confidenciales y so serán compartidos a menos de que haya un permiso por escrito ya sea del estudiante y/o de sus padres o guardianes. Yo he recibido una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad HIPAA. Yo entiendo que la ley de Nuevo Méjico no requiere el consentimiento de los padres para dar tratamiento o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexual mente, embarazó, o anticonceptivos a menores 18 años, así como servicios de consejería para la conducta a menores de 14 años.

Firma de padre o tutor o del paciente, si tiene 18 años o más

Imprima

Fecha





For office use only:
Acct # _____

LA CASA FAMILY DENTISTRY CONSENT FORM

This program is for all children, both insured and non-insured.

Child's Name: _____ Male ___ Female ___ Date of Birth: ___/___/___

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Race (Check one or all that apply): Caucasian African American American Indian Asian Native Hawaiian Other Refused

Ethnicity (Check one or all that apply): Hispanic Non-Hispanic Refused

(Print) Parent's/Guardian's Name: _____ Date of Birth: ___/___/___ Phone: _____

School: _____ Teacher's Name: _____ Grade: _____

Emergency Contact: _____ Phone: _____

Relationship to Emergency Contact: _____

MEDICAL HISTORY: If there is a medical condition which requires pre-medication please let us know.

Yes ___ No ___ Heart Murmur. If yes, is it resolved per child's medical doctor? _____

Yes ___ No ___ Rheumatic fever: Date of Occurrence _____ Yes ___ No ___ Latex Rubber Allergy

Yes ___ No ___ Asthma: Medication _____ Yes ___ No ___ Drug Allergies: _____

Yes ___ No ___ AIDS/HIV Virus Yes ___ No ___ Special Needs: _____

Yes ___ No ___ Diabetes Yes ___ No ___ Nut Allergies _____

Yes ___ No ___ Hepatitis: Date of Occurrence _____ Yes ___ No ___ Tuberculosis: Date of Occurrence _____

Yes ___ No ___ Mitral Valve Prolapse or Artificial Heart Valve Medications: _____

DENTAL BILLING INFORMATION

Name of Dental Insurance: _____

Policy Holder Name: _____ SS #: _____ Date of Birth: ___/___/___

If child has Medicaid, print name as it reads on their card: _____

Child's Social Security #: _____ Date of Birth: ___/___/___

CONSENT FOR DENTAL TREATMENT

I have read, or have had read to me, and I understand the information on this form.

No ___ I refuse to have my child seen by La Casa Family Dentistry. My child sees another dentist regularly.

Dentist's Name: _____

All my questions were answered to my satisfaction. I hereby give permission for La Casa Family Dentistry to provide treatment to my child. **I understand that unless I choose to withdraw my consent in writing, this authorization will continue for the entire period my child is enrolled in this school.**

Yes ___ Dental exam with X-rays

Yes ___ Dental exam with X-rays AND cleaning with fluoride treatment

Date of child's last cleaning: _____

Upon completion of such treatment my child will receive a form stating what services were performed and if cavities were found or if further dental work is needed. La Casa Family Dentistry will be able to see my child at their office located at ENMU-R, 75 University Ave, Roswell, NM for future work. La Casa Family Health Center is a non-profit organization. We employ licensed professionals. We are a Medicaid provider, and accept most insurance. We are not a part of your child's school therefore the school is not responsible for the services provided. We do follow HIPPA guidelines.

Signature Parent/Guardian (or patient if 18 or older) Printed Name Parent/Guardian (or patient if 18 or older)

Date



For office use only:
Acct # _____

La Casa Formulario de Consentimiento Dental

Este programa es para todos los niños con seguro médico o sin seguro médico.

Nombre del niño/a _____ Masculino ___ Femenino ___ Fecha de nacimiento ___/___/___

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Raza (marque uno o todos los que apliquen): Caucasian African American American Indian Asian Native Hawaiian Other Rechazar

Origen Étnico (marque uno o todos los que apliquen): Hispano No Hispano Rechazar

Nombre de padres _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Numero de teléfono _____

Escuela _____ Nombre de maestra _____ Grado _____

Contacto de emergencia _____ Número de teléfono _____

Relación con el contacto de emergencia _____

Historia Médica: Por favor déjenos saber de cualquier condición médica que tenga su hijo/a que requiera medicamento.

Sí ___ No ___ Soplo cardiaco, si la respuesta es sí, ha sido el problema resuelto por el doctor de su hijo/a? _____

Sí ___ No ___ Fiebre reumática: que fecha ocurrió? _____

Sí ___ No ___ Alergia a hule o látex

Sí ___ No ___ Asma: Medicamento _____

Sí ___ No ___ Alergias: _____

Si ___ No ___ alergias a las nueces: _____

Sí ___ No ___ SIDA/VIH

Sí ___ No ___ Necesidades especiales: _____

Sí ___ No ___ Diabetes

Sí ___ No ___ Tuberculosis: que fecha ocurrió? _____

Sí ___ No ___ Hepatitis: que fecha ocurrió? _____

Medicamentos: _____

Sí ___ No ___ Prolapso de la válvulas del corazón artificial _____

Dental Información de Cobros

Nombre del seguro dental _____ Nombre del asegurado _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Si es seguro de Medicaid por favor escriba el nombre como aparece en la tarjeta de Medicaid _____

Número de seguro social del niño/a _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Autorización para Tratamiento Dental

Por favor seleccione uno de los opciones que se ven abajo:

He leído, o me han leído la información de este documento y la comprendo.

No ___ Yo no quiero que mi niño sea visto por el personal del Departamento de Odontología de La Casa de Buena Salud. Mi hijo/a ve otro dentista regularmente

Todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Doy permiso al departamento del Departamento de Odontología de La Casa De Buena Salud que traten a mi hijo/a. Yo entiendo que esta autorización continuará durante todo el período de tiempo que mi hijo/a está inscrito en esta escuela. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento con una carta escrita.

Por favor excoje uno de los siguientes opciones:

Sí ___ Examen oral con rayos-equis y una limpieza con tratamiento de fluor (Esto ayuda a ver caries en medio de los dientes y también ayuda a ver nuevos dientes en desarrollo. El flúor proteje contra la desmineralización.)

Sí ___ Solamente el examen oral con rayos-equis

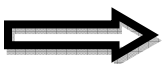
Al término de dicho tratamiento a mi hijo/a recibirá un formulario que indica que servicios se llevaron a cabo, y si hay caries presentes o si es necesario más tratamiento. El Departamento de Odontología de La Casa podrá ver a mi hijo/a en la clínica localizada en ENMUR, 75 University Ave, Roswell, NM para más tratamiento dental.

La Casa de Buena Salud es una organización sin fines de lucro. Contamos con profesionales con licencia. Aceptamos Medicaid y la mayoría de los seguros. No somos parte de la escuela de su hijo por lo cual la escuela no es responsable de los servicios ofrecidos. Seguimos las normas de privacidad de HIPPA.

Firma de padre o tutor o del paciente, si tiene 18 años o más

Imprima

Fecha




Información Financiero

*La Casa Familia Health Center está obligada a recoger y reportar información demográfica a Recursos de Salud y Administración de servicios anualmente (usted no se le identificará personalmente). **Con proporcionando su información financiera, usted puede ser eligible para recibir un descuento en sus servicios.***

Certifico que mi ingreso por semana / mes / anual es \$ _____.
por favor circule uno

El numero de personas en mi hogar son _____.

 SLIDING SCALE FEE - AS PER THE 2019 HHS POVERTY INCOME GUIDELINES										
PAY AMOUNT	NOMINAL FEE		25% PAY		50% PAY		75% PAY		100% PAY	
	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO
FAMILY SIZE										
1	0	12,490	12,491	16,612	16,613	20,733	20,734	24,980	24,981	OVER
2	0	16,940	16,941	22,530	22,531	28,120	28,121	33,880	33,881	OVER
3	0	21,330	21,331	28,369	28,370	35,408	35,409	42,660	42,661	OVER
4	0	25,750	25,751	34,248	34,249	42,745	42,746	51,500	51,501	OVER
5	0	30,170	30,171	40,126	40,127	50,082	50,083	60,340	60,341	OVER
6	0	34,590	34,591	46,005	46,006	57,419	57,420	69,180	69,181	OVER

Información de Poblacion Especial- Por favor, responda a cada pregunta. Marque **si** or **no**.

- Estas sin hogar? **si** o **no**
- Es usted un trabajador agricultor? **si** o **no**
- Es usted un trabajador agricola de temporada? **si** o **no**
Un trabajador agrícola de temporada es un individuo cuyo empleo es en la agricultura sobre una base estacional.
- Vive usted en viviendas publica? **si** o **no**
- Es usted veterano? **si** o **no**

Firma de Paciente

Firma del Empleado

Fecha

Fecha



Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Financial Information Form

*La Casa Family Health Center is required to collect and report certain demographic information to the Health Resources and Services Administration annually (you will not be identified personally). **By providing your financial information, you may be eligible to receive a discount on your services.***

I certify that my weekly / monthly / annual household income is _____.

The number of people in my household is _____.

 SLIDING SCALE FEE - AS PER THE 2019 HHS POVERTY INCOME GUIDELINES										
PAY AMOUNT	NOMINAL FEE		25% PAY		50% PAY		75% PAY		100% PAY	
	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO
FAMILY SIZE										
1	0	12,490	12,491	16,612	16,613	20,733	20,734	24,980	24,981	OVER
2	0	16,940	16,941	22,530	22,531	28,120	28,121	33,880	33,881	OVER
3	0	21,330	21,331	28,369	28,370	35,408	35,409	42,660	42,661	OVER
4	0	25,750	25,751	34,248	34,249	42,745	42,746	51,500	51,501	OVER
5	0	30,170	30,171	40,126	40,127	50,082	50,083	60,340	60,341	OVER
6	0	34,590	34,591	46,005	46,006	57,419	57,420	69,180	69,181	OVER

- Are you homeless? Special Population Information - Please circle **Yes** or **No**
- Are you a migratory agricultural worker? **Y** or **N**
A migratory agricultural worker is an individual whose employment is in agriculture on a seasonal basis and who moves for their job.
- Are you a seasonal agricultural worker? **Y** or **N**
A seasonal agricultural worker is an individual whose employment is in agriculture on a seasonal basis.
- Do you live in public housing? **Y** or **N**
- Are you a Veteran? **Y** or **N**

Patient/Guardian Signature

Employee Signature

Date

Date