



LAKE COUNTY SCHOOL BASED HEALTH CENTER



Healthy Kids Learn Better

Students, siblings, family and staff of all Lake County schools may access School Based Health Center services at Lake County High School

Lake County School Based Health Center (SBHC) is a healthcare collaboration between Lake County School District and Summit Community Care Clinic. The purpose of Lake County SBHC is to provide students with convenient access to basic medical, behavioral and oral health services in addition to the traditional school nurse and counselor services provided by Lake County School District. Parents or guardians must enroll in Lake County SBHC before a student may use these services. Once enrollment is complete, students may access Lake County SBHC services at any time during the school year. Parents/guardians may revoke their enrollment at any time with written notice.

Enrollment in the SBHC allows for delivery of the following services:

- Well-Child Exams (may include routine lab tests)
- Sports physicals
- Care of acute illness and injury (may include strep testing)
- Prescription of antibiotics and other necessary medications
- Assistance in the care of chronic conditions
- Follow-up care as requested by the medical provider
- Referrals to other community healthcare professionals
- Behavioral health services to include individual counseling visits
- Substance-abuse prevention, education and counseling
- Dental cleanings and x-rays
- Health Education
- Family-planning education and counseling

I consent to the provision of School Based Health Center services

YES NO INITIALS PLEASE

Student Name _____ Student Date of Birth _____

Parent's Name _____

Cell Phone _____ Home Phone _____

Mailing Address _____ City _____ Zip Code _____

Email Address _____

Please complete information on reverse

PO Box 4337 | Frisco, CO 80443 | (970) 668-4040

SBHC@summitclinic.org

Financial Arrangements

If your student is insured, Lake County SBHC will bill your insurance carrier directly, however, per Colorado legislation **you will not be charged a co-pay**. Uninsured persons may qualify for a sliding fee schedule by applying for the Summit Community Care Card at the SBHC office. Lake County SBHC will see students, staff and family members regardless of their ability to pay. Lake County SBHC encourages annual Well-Child Exams for children ages 0-18. Well-Child Exams are covered 100% by most insurance carriers. If your student does not have insurance, Well-Child Exams may be accessed for \$20.00.

Please indicate your student's insurance type and ID#:

- Medicaid # _____
- CHP ID # _____
- Private Insurance Company _____ ID# _____
- Insured Subscriber: Name _____ Date of Birth _____
- Summit Community Care Card
- No Insurance
- Not sure

Children in preschool through 6th grade must have a parent present for medical care. 7th-12th grade students may attend an appointment unaccompanied by an adult. Supporting family communication is a principal goal of Lake County School Based Health Center, therefore our staff encourages students to discuss their health with their parents. SBHC staff will communicate appointment information to the parent or guardian when a student attends a primary-care appointment unaccompanied by an adult.

I have read, understand and consent to the services offered by Lake County School Based Health Center. I understand that my child's attendance, immunizations, demographic information and school schedule may be shared to facilitate complete and quality healthcare for my child. Insurance may be billed for services provided at Summit SBHC. There is no additional charge for services covered by insurance. I hereby acknowledge that I have been offered a copy of Lake County SBHC's Notice of Privacy Practices. A copy of the Lake County SBHC Notice of Privacy Practices is available on the Lake County School District website: www.lakecountyschools.net.

I authorize Lake County School Based Health Center to bill and receive payment from my insurance company (or Medicaid/CHP+) and to release any portion of my child's medical record as necessary to bill and obtain payment for services from my insurance company.

I/We agree to the SBHC enrollment requirements YES Initials Please

Signature _____ Date _____



Distrito Escolar de Lake County Programa de Centros de Salud Escolar

Los niños saludables aprenden mejor

Los estudiantes, hermanos, familiares y empleados de la Escuela del Distrito del Condado de Lake pueden tener acceso a servicios médicos en la Escuela o Preparatoria del Condado de Lake.

El Programa de Centros de Salud Escolar del Condado de Lake es una colaboración entre El Distrito Escolar del Condado de Lake y la Clínica Comunitaria. El propósito es prestar servicios de salud a los estudiantes para que reciban servicios médicos básicos, salud mental y servicios dentales adicionales a los servicios tradicionales ofrecidos por la enfermera y consejería escolar proporcionados por el Distrito Escolar del Condado de Lake. Los padres y guardianes legales deben registrar a los estudiantes antes de usar estos servicios. Después de que el registro se complete, los estudiantes pueden tener acceso a los servicios durante todo el año escolar. Los padres y guardianes legales podrán revocar el registro en cualquier momento siempre y cuando se haga por escrito. Los estudiantes de pre-escolar hasta 5to grado tienen que ser acompañados por sus padres a sus citas médicas. No se requiere de la presencia de los padres en citas médicas para los estudiantes de la Preparatoria o Secundaria. Los empleados del Programa de Centros de Salud Escolar les comunicarán a los padres y/o guardián legal cuando un estudiante recibe servicios de salud general en caso de que los padres no hayan estado presente en la cita. El Programa de Centros de Salud Escolar anima a los estudiantes a conversar con sus padres sobre su salud. El registro de su hijo en el Programa de Centros de Salud Escolar nos permitirá proveer y facturar por los siguientes servicios:

- * Examen físico (incluye exámenes de sangre de rutina)
- * Exámenes de Deporte
- * Cuidado médico para enfermedades de cuidado más inmediato (puede incluir amigdalitis estreptococo)
- * Recetas para antibióticos y/ o cualquier medicamento necesario
- * Asistencia para condiciones crónicas
- * Ofrecemos citas de seguimiento a solicitud del proveedor médico
- * Referencias a otros profesionales médicos en nuestra comunidad
- * Servicios de Salud mental que incluyen visitas individuales con un consejero/psicólogo
- * Educación, prevención y consejería sobre el uso de sustancias
- * Limpiezas dentales y rayos X
- * Educación de Salud
- * Educación y consejería sobre Planificación Familiar - anticonceptivos

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios médicos arriba detallados por medio del Programa de Centros de Salud Escolar. SI NO Iniciales del padre o guardián legal

PROGRAMA "HEALTHY SMILES" Sonrisas Saludables

El Distrito Escolar del Condado de Lake en conjunto con El Programa de Centro de Salud Escolar y Vail Epic Promise, provee exámenes dentales, flúor, y un programa de selladores dentales en las escuelas del Condado de Lake. Usted no tendrá que pagar por estos servicios. Por favor indique cuales de los servicios que detallamos a continuación le gustaría que su hijo(a) reciba:

Doy mi consentimiento para que le hagan a mi hijo un examen dental	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Doy mi consentimiento para que le apliquen flúor en los dientes de mi hijo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Doy mi consentimiento para que mi hijo participe del programa de selladores dentales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

¿Cuándo fue la última visita dental que tuvo su hijo?

- 0-6 meses atrás
- 6-12 meses atrás
- Más de un año atrás
- Nunca



OUR COMMUNITY. OUR MOUNTAINS. OUR FUT

PO Box 4337 | Frisco, CO 80443 | (970) 668-4040

SBHC@summitclinic.org

Please Fill Out Both Sides of This Form

Forma de Inscripción

Primer nombre del estudiante: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primer nombre del padre: _____ Apellido: _____ Teléfono: _____

Dirección física: _____ Po Box: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Acuerdos financieros

¡Bienvenidos al Programa de Centros de Salud Escolar! Los estudiantes, empleados, hermanos, y familiares del Distrito Escolar del Condado de Lake pueden tener acceso a servicios médicos en las clínicas escolares. El Programa de Centros de Salud Escolar mandará la factura directamente a su compañía de seguro médico.

- Con relación a las leyes de Colorado, El Programa de Centros de Salud Escolar puede exonerar o no cobrar su co-pago correspondiente.
- El Programa de Centros de Salud Escolar recomienda que niños de edades de 0-18 se realicen un examen físico. Los exámenes físicos están 100% cubiertos por la mayoría de los seguros médicos.
- Los exámenes físicos y limpiezas dentales que no estén cubiertos por su seguro médico, podrán ser autorizados a un costo de \$20.00
- Las personas que no tengan seguro médico pueden tener acceso a los servicios y pagarán de acuerdo a una escala en base a sus ingresos.
- El Programa de Centros de Salud Escolar atenderá a estudiantes, empleados, familiares sin importar su capacidad para pagar.

Por favor indique el tipo de seguro y número de identificación:

___ Medicaid # _____

___ CHP+ # _____

___ PVT Compañía de Seguro _____ Insurance ID # _____

Suscriptor Asegurado _____ Fecha de Nacimiento: _____

___ Tarjeta de la Clínica Comunitaria de Summit

___ Sin seguro médico

___ Se desconoce

Yo he leído, comprendido y dado mi consentimiento para recibir servicios ofrecidos por El Programa de Centro de Salud Escolar. Es de mi conocimiento que la asistencia escolar de mi hijo(a), vacunas, información personal y horario escolar de mi hijo pueden ser compartidos para proveer un cuidado de salud completo y de calidad. Es probable que El Programa de Centros de Salud Escolar facture a mi compañía de seguros. Entiendo que me han ofrecido copia de las Prácticas de Privacidad del Programa de Centros de Salud Escolar. Las copias de las Prácticas de Privacidad de El Programa de Centros de Salud Escolar están disponibles en la página de internet del Distrito Escolar del Condado del Condado de Lake. www.lakecountyschools.net

Yo autorizo al Programa de Centros de Salud Escolar a facturar y recibir pago de mi compañía de seguros (o Medicaid/CHP+) y a emitir cualquier porción del expediente médico de mi hijo/a si es necesario para facturar y obtener pago por servicios de mi compañía de seguros.

Yo/Nosotros acepto (amos) los requisitos de registro al Programa de Centros de Salud Escolar

SI Iniciales

Firma _____ Fecha _____

PO Box 4337 | Frisco, CO 80443 | (970) 668-4040

SBHC@summitclinic.org

Please Fill Out Both Sides of This Form