

School Based Mobile Office Services Include:

Dental Care

Dental Cleanings & Visual Oral Exam, Fluoride Application, Dental Sealants (if needed)

Mobile Health Unit

Primary Care & Dental Services



Our Mobile Health Unit visits East Hartford, Manchester, Vernon and select CREC schools.

In accordance with our policy, a sliding fee scale system is available to adjust costs based on a patient's income. No patient will be denied services due to inability to pay. If you need assistance, please call to inquire: 860-528-1359

First Choice Health Centers, Inc. are funded in part by the Health Resources and Services Administration (HRSA), an operating division of the U.S. Department of Health and Human Services.

First Choice Health Centers, Inc. is a Health Center Program grantee under 42 U.S.C. 254b and a deemed Public Health Service employee under 42 U.S.C. 233(g)-(n).

Express a complaint or grievance by contacting the Compliance Hotline at 860-528-1359 EXT. 526.



East Hartford

92 Connecticut Blvd: Behavioral Health
94 Connecticut Blvd: Dental, Primary Care, Behavioral Health, Podiatry, and Care Coordination
110 Connecticut Blvd: Pediatrics, OB/GYN, Behavioral Health, and Psychiatry
478 Burnside Ave: Primary Care, Dental, Optometry, and Behavioral Health
809 Main St: Primary Care, Behavioral Health, and LGBTQ+ Health
265 Ellington Rd: Primary Care, Behavioral Health, and Chiropractic

Vernon

94 Union St: Primary Care, Behavioral Health, and Podiatry

Manchester

150 N. Main St: Primary Care, Dental, Podiatry, and Behavioral Health
444 Center St: Primary Care
Cheney Tech High School: Primary Care, Behavioral Health & Dental

Our School Based Health Centers (listed in blue) are for the exclusive use of students and their immediate family members living in the same household.

First Choice Health Centers' mission as a community health center providing integrated care is to break down the social and economic barriers to wellness and healthy living while extending the viable and productive lives of those we serve.



School Based Dental Program

We are pleased to offer high quality, affordable healthcare services at your child's school!

Parents do not need to miss work and your child does not need to miss school for routine care.



SIGN UP TODAY!

Fill out and return this form to your school nurse.

If you have questions about School Based Health call:
860-610-6386

SCHOOL BASED DENTAL PROGRAM REGISTRATION AND CONSENT FORM

SCHOOL NAME: _____

Grade: _____

Dear Parent or Guardian: Our School Based Dental Program is pleased to provide the following services at your child's school during school hours: dental cleaning, fluoride treatment, oral health education, sealant placement & restorative care (if needed). Please fill out this form and return to the school nurse to enroll your child in the program. Questions? Call our Coordinator at 860-610-6386.

Student Information		Insurance Information	
Last Name _____ First Name _____ MI _____ Date of Birth _____ Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____		Public Housing <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> If yes, please specify: Shelter <input type="checkbox"/> Street <input type="checkbox"/> Doubling Up <input type="checkbox"/> Transitional <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Home Phone Cell Phone Work Phone Emergency Contact Person _____ Emergency Contact Telephone _____	
Sex	Language	Ethnicity	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Black/African-American	<input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> Asian
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native	<input type="checkbox"/> Other Pacific Native
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Native Hawaiian	<input type="checkbox"/> Other: _____
Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Date of Birth _____			
Primary Dental Insurance		Policy Holder's Name _____	Policy Holder's Social Security # _____
		Insurance ID/Medicaid ID # _____	Group # _____
Income		My Annual Income is: _____	Total # of Dependents in Household (including patient): _____
Last Dental		Does your child have a primary dentist? _____	Name: _____ Phone: _____

Permission for Treatment, Payment and Operations

I give permission for my child to receive dental treatment services by First Choice Health Centers, Inc. I understand that this authorization is valid as long as my child is enrolled in the school district listed above or until I revoke this authorization with the Program Coordinator at First Choice. I hereby authorize First Choice to use and disclose my child's dental information for treatment, payment and healthcare operation purposes. My consent includes the release of such information to process claims to my insurance company. I authorize direct payment from my insurance company to First Choice. I also allow disclosure of protected health information to the school nurse as appropriate. I consent to receiving phone calls regarding services my child receives or may be eligible to receive. I acknowledge that I have received a copy of the Notice for Privacy Practices for First Choice Health Centers, Inc., which further explains how First Choice may use and disclose my child's Protected Health Information. By signing this consent form I certify I am the legal guardian and legal custodian of the student named above. I have read and understand the above and agree with the above paragraph and certify that all the information provided is true and correct.

To better provide care, Provider seeks to coordinate integrated delivery through the electronic health record, which is paperless. The information is shared across provider locations and may be shared with some other affiliates through a health information exchange. Provider uses a system that allows electronic prescribing of medications. I authorize Provider to request and use my child's prescription medication history from other healthcare providers or third party pharmacy benefit payers for treatment purposes.

By signing this form, I understand and agree that I am allowing disclosure and access to all my child's health information, including information related to alcohol and substance abuse/use, mental or behavioral health, medication prescription history, and HIV/AIDS. I understand if I do not want my information stored in the electronic health record (which may be shared through health information exchanges), and utilized in my care, I will not be able to receive care with Provider, and have the right to opt out of receiving care at any time.

Parent's Signature: _____

Date: _____

I certify and attest that all of the above information is true and correct. I understand that FCHC may verify information on this form. I understand that the financial information will determine eligibility for the center's sliding fee discount. I also understand that if I intentionally misrepresent my family's income, my child will not be eligible to receive services at a discount rate. I also understand that I will be financially responsible for all charges incurred should insurance not cover the services.

Parent's Signature _____

Date _____

Los servicios del Consultorio Móvil en la Escuela incluyen:

Atención dental

Limpiezas dentales y examen oral visual, aplicación de flúor, selladores dentales (si es necesario)

Unidad móvil de salud

Atención primaria y servicios dentales



Nuestra unidad móvil de salud visita a East Hartford, Manchester, Vernon y algunas escuelas de CREC.

De acuerdo con nuestra política, existe un sistema de escala de honorarios para ajustar los costos según los ingresos del paciente. A ningún paciente se le negarán los servicios por no poder pagar. Si necesita ayuda, llame para recibir información: 860-528-1359

First Choice Health Centers, Inc. está financiado en parte por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), una división operativa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

First Choice Health Centers, Inc. es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo el 42 U.S.C. 254b y un empleado considerado del Servicio de Salud Pública bajo el 42 U.S.C. 233(g)-(n).

Si desea expresar una queja o reclamación, póngase en contacto con la línea directa de cumplimiento en el 860-528-1359 EXT. 526.



East Hartford

92 Connecticut Blvd: Salud del comportamiento
94 Connecticut Blvd: Dental, atención primaria, salud del comportamiento, podología y coordinación de cuidados
110 Connecticut Blvd: Pediatría, obstetricia/ginecología, salud del comportamiento y psiquiatría
478 Burnside Ave: Atención primaria, dental, optometría y salud del comportamiento
809 Main St: Atención primaria, salud del comportamiento y salud LGBTQ+
265 Ellington Rd: Atención primaria, salud del comportamiento y quiropráctica

Vernon

94 Union St: Atención primaria, salud del comportamiento y podología

Manchester

150 N. Main St: Atención primaria, dental, podología y salud del comportamiento
444 Center St: Atención primaria
[Cheney Tech High School](#): Atención primaria, salud del comportamiento y dental

Nuestros Centros de Salud en la Escuela (listados en azul) son para uso exclusivo de los estudiantes y los miembros de su familia inmediata que viven en el mismo hogar.

La misión de First Choice Health Centers como centro de salud comunitario que proporciona atención integrada es derribar las barreras sociales y económicas que impiden el bienestar y la vida sana, al tiempo que se prolonga la vida viable y productiva de las personas a las que atendemos.



**Programa Dental
en la Escuela**

¿Nos complace ofrecer servicios de atención médica de alta calidad y asequibles en la escuela de su hijo!

No es necesario que los padres falten al trabajo y su hijo no tiene que faltar a la escuela para recibir atención médica de rutina.



¡REGÍSTRESE HOY!

Llene y devuelva este formulario a la enfermera de su escuela.

Si tiene preguntas sobre la Salud en la Escuela llame al:
860-610-6386

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

Grado: _____

Estimado padre o tutor: Nuestro programa dental en la escuela se complace en ofrecer los siguientes servicios en la escuela de su hijo durante el horario escolar: limpieza dental, tratamiento con flúor, educación sobre la salud bucal, colocación de selladores y atención de restauración (si es necesario). Complete este formulario y devuélvalo a la enfermera de la escuela para inscribir a su hijo en el programa. ¿Preguntas? Llame a nuestro coordinador al 860-610-6386.

Información del estudiante		Información de seguro		Ingresos		Última consulta dental		Permiso para el tratamiento, pago y operaciones			
Apellido _____ Dirección Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		Vivienda pública <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, específico: Refugio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Duplicado <input type="checkbox"/> De transición <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono de trabajo _____ Persona de contacto de emergencia _____ Teléfono de contacto de emergencia _____		Sexo M <input type="checkbox"/> Idioma _____ Etnicidad _____ Raza _____ Sexo F <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> No-hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro nativo del pacífico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		Nombre del padre/tutor _____ Fecha de nacimiento del padre/tutor _____		Seguro dental principal _____ ID de seguro/ Núm. ID Medicaid _____ Núm. de grupo _____	
Nombre del titular de la póliza _____		Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____		Núm. total de dependientes en el hogar (incluido el paciente): _____		Mi ingreso anual es: <input type="checkbox"/> Su hijo tiene un dentista principal?		Número Social del titular de la póliza _____ Nombre: _____ Teléfono: _____			

Doy permiso para que mi hijo reciba servicios de tratamiento dental por parte de First Choice Health Centers, Inc. Entiendo que esta autorización es válida mientras **mi hijo(a) esté inscrito(a) en el distrito escolar mencionado anteriormente** o hasta que yo revoque esta autorización con el Coordinador del Programa en First Choice. Por la presente autorizo a First Choice a utilizar y divulgar la información dental de mi hijo para fines de tratamiento, pago y operación de atención médica. Mi consentimiento incluye la divulgación de dicha información para procesar reclamos a mi Empresa de Seguros. Autorizo el pago directo de mi Empresa de Seguros a First Choice. También autorizo la divulgación de información médica protegida a la enfermera de la escuela, según corresponda. Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas relacionadas con los servicios que mi hijo recibe o puede ser elegible para recibir. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de First Choice Health Centers, Inc. que explica más detalladamente cómo First Choice puede usar y divulgar la Información de Salud Protegida de mi hijo. Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que soy el tutor legal y el guardián legal del estudiante mencionado anteriormente. He leído y entendido lo anterior y estoy de acuerdo con el párrafo anterior y certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta.

Para ofrecer una mejor atención, el proveedor tratará de coordinar la prestación integrada a través de la historia clínica electrónica, que no tiene papel. La información se comparte entre las sedes de el proveedor y puede compartirse con algunas otras filiales a través de un intercambio de información médica. El Proveedor utilizará un sistema que permite la prescripción electrónica de medicamentos. Autorizo al Proveedor a solicitar y utilizar el historial de prescripción de medicamentos de mi hijo de otros proveedores de atención médica o de terceros pagadores de beneficios farmacéuticos para fines de tratamiento.

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que estoy permitiendo la divulgación y el acceso a toda la información de salud de mi hijo, incluida la información relacionada con el abuso/uso de alcohol y sustancias, la salud mental o conductual, el historial de prescripción de medicamentos y el VIH/SIDA. Entiendo que si no quiero que mi información se almacene en el registro de salud electrónico (que puede ser compartido a través de los intercambios de información de salud), y se utilice en mi atención, no podré recibir atención con el proveedor, y tengo el derecho de optar por no recibir atención en cualquier momento.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____

Certifico y doy fe de que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que FCHC puede verificar la información en este formulario. Entiendo que la información financiera determinará la elegibilidad para el descuento de la cuota del centro. También entiendo que si falso los ingresos de mi familia de forma intencionada, mi hijo no será elegible para recibir los servicios con descuento. También entiendo que seré financieramente responsable de todos los cargos incurridos si el seguro no cubre los servicios.

Firma del padre/madre: _____

Fecha: _____