School Based Health Center Services Include:

Primary Health Care

Immunizations • Annual & Sports Physicals • Sick Visits

Dental Care

Dental Cleanings & Visual Oral Exam

Flouride Application Dental Sealants (if needed) Restorative Care (fillings) if needed

Behavioral Health Services

Anxiety • Bullying • Depression

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 the 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.

First Choice Health Centers
For All Your Health Care Needs

LOCATIONS & SERVICES

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.

ALL PUBLIC SCHOOL STUDENTS ARE ELIGIBLE

First Choice Health Centers
For All Your Health Care Needs

School Based Health Center

Medical • Dental • Behavioral Health

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.

ADVOCACY CENTER OF EXCELLENCE
HEALTH CENTER Advocacy NETWORK
GOLD

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

First Choice Health Centers
For All Your Health Care Needs

School Based Health & Dental Program

Registration and Consent form

School Name: _____ **Grade:** _____

Dear Parent or Guardian: Our School Based Healthcare 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), medical and behavioral health services. 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

Last Name | First Name | MI | Date of Birth

Street Address | City | State | Zip

Public Housing ☐ Homeless ☐ If yes, please specify: Shelter ☐ Street ☐ Doubling Up ☐ Transitional ☐ Other ☐

Home Phone	Cell Phone	Work Phone	Emergency Contact Person	Emergency Contact Telephone

Sex: ☐ M ☐ F

Language: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____

Ethnicity: ☐ Hispanic/ Latino ☐ Non-Hispanic/Latino

Race: ☐ Black/African-American ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Pacific Islander ☐ Native Hawaiian ☐ Caucasian ☐ Asian ☐ Other Pacific Native ☐ Other: _____

Parent/Guardian Name | Parent/Guardian Date of Birth

Insurance Information

Primary Dental Insurance | Insurance ID/Medicaid ID # | Group #

Policy Holder's Name | Policy Holder's Date of Birth | Policy Holder's Social Security #

Primary Medical Insurance | Insurance ID/Medicaid ID # | Group #

Policy Holder's Name | Policy Holder's Date of Birth | Policy Holder's Social Security #

Income

My Annual Income is: _____ Total # of Dependents in Household (including patient): _____

Last Dental Visit

Does your child have a primary dentist?

Name: _____ Phone: _____

Permission for Treatment, Payment and Operations

I give permission for my child to receive medical, dental, and behavioral health 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 medical/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 centro de salud en la escuela incluyen:

Atención médica primaria

Vacunas • Exámenes físicos anuales y deportivos • Visitas por enfermedad

Atención dental

Limpiezas dentales y examen oral visual

Aplicación de flúor, selladores dentales (si es necesario), cuidado restaurativo (empastes) si es necesario

Servicios de salud del comportamiento

Ansiedad • Intimidación • Depresión

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.

First Choice Health Centers
For All Your Health Care Needs

LOCATIONS & SERVICES

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.

TODOS LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS SON ELEGIBLES

First Choice Health Centers

For All Your Health Care Needs

Centro de salud en la escuela

Médico • Dental • Salud del Comportamiento

¿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

ADVOCACY CENTER OF EXCELLENCE
HEALTH CENTER Advocacy NETWORK
GOLD

¡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

First Choice Health Centers
For All Your Health Care Needs

PROGRAMA DE SALUD Y DENTAL EN LA ESCUELA
REGISTRO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ **Grado:**_____

Estimado padre o tutor: Nuestro programa de atención médica 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), servicios médicos y de salud del comportamiento. 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

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento

Dirección Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Vivienda pública ☐ Sin hogar ☐ En caso afirmativo, especifique: Refugio ☐ Calle ☐ Duplicado ☐ De transición ☐ Otro ☐

Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono de trabajo	Persona de contacto de emergencia	Teléfono de contacto de emergencia

Sexo
☐ M
☐ F

Idioma
☐ Inglés
☐ Español
☐ Otro _____

Etnicidad
☐ Hispano/ Latino
☐ No-hispano/ Latino

☐ Negro/Afroamericano
☐ Indio americano/Nativo de Alaska
☐ Isleño del Pacífico
☐ Nativo de Hawái

Raza
☐ Caucásico ☐ Asiático
☐ Otro nativo del pacífico
☐ Otro: _____

Nombre del padre/tutor Fecha de nacimiento del padre/tutor

Información de seguro

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. Seguro Social del titular de la póliza
Seguro médico 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. Seguro Social del titular de la póliza

Ingresos

Mi ingreso anual es: Núm. total de dependientes en el hogar (incluido el paciente): _____

Última consulta dental

¿Su hijo tiene un dentista principal?

Nombre: Teléfono:

Permiso para el tratamiento, pago y operaciones

Doy permiso para que mi hijo reciba servicios de tratamiento médico, dental y de salud del comportamiento 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 médica/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 trata de coordinar la prestación integrada a través de la historia clínica electrónica, que no tiene papel. La información se comparte entre las sedes del proveedor y puede compartirse con algunas otras filiales a través de un intercambio de información médica. El Proveedor utiliza 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 del comportamiento, 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 falseo 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: