



ATTENTION PARENTS

Your children now have access to comprehensive healthcare, education, and support services through our **School-Based Health Centers** or our **Mobile Medical & Dental Unit**. The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHC GA) has joined in partnership with schools and communities to provide comprehensive healthcare services to students. Your child can receive healthcare for illnesses, injuries, physicals, etc. during school hours.

Please complete **ALL** of the attached forms. Please return your completed package, including a copy of your child's insurance card and a legible color copy of your valid photo ID, to the designated school representative.

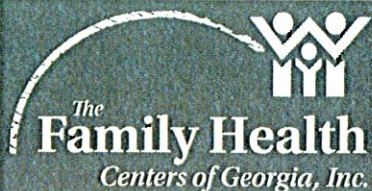
Douglas County School System ~School Based Health Center

Located at Burnett Elementary School

8277 Connally Drive, Douglasville, GA 30134

770-651-CARE(2273)

404-756-8748



STUDENT REGISTRATION FORM

Information for Parent/Guardian

Information for Student

Is student a FHCGA patient? ☐ Yes ☐ No

Date: _____

School: _____

PATIENT INFORMATION

Student's Name: _____
(first) (middle initial) (last)

Parent/Guardian's Name: _____
(first) (middle initial) (last)

Address: _____ Apt. #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Date of Birth: _____ Social Security #: _____

Contact Numbers: Home #: _____ Cell #: _____

Work #: _____ Other #: _____

Student's Date of Birth: _____ Age: _____

Student's Social Security #: _____ Sex: _____ Race: _____

INSURANCE INFORMATION (Please present current insurance card to a FHCGA representative.)

☐ Medicaid ☐ AMERIGROUP ☐ PeachState ☐ WellCare ☐ private insurance ☐ uninsured

If private insurance, please indicate insurance company's name: _____

Member Name (as listed on insurance card): _____ Policy #: _____

PERSON RESPONSIBLE FOR PAYMENT INFORMATION

THIS SECTION MUST BE COMPLETED, EVEN IF YOU ARE USING MEDICAID, OR PRIVATE INSURANCE.

Relationship to patient: ☐ Self ☐ Parent/Guardian ☐ Spouse ☐ Other (specify) _____

☐ Check here if information is the same as above. Only complete section below if any information is different.

Name: _____
(first) (middle initial) (last)

Address: _____ Apt. #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Contact Numbers: Home #: _____ Cell #: _____

Work #: _____ Other #: _____



STUDENT AUTHORIZATION FOR TREATMENT

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) is required to obtain consent to treat and disclose all material risks and alternative medical treatments. I understand that it is not possible to list every material risk for every Procedure or Medical treatment and that this form only attempts to identify the most common material risks and the alternatives associated with the Procedure or Medical treatments.

Medical Treatment and/or Procedures may include, but are not limited to the following:

1. **Needle Sticks**, such as injections (shots). The material risks associated with this type of procedure include, but are not limited to, nerve damage, infection, or bruising. Alternatives to needle sticks (if available) include oral, rectal, nasal, or topical medications (each of which may be less effective), or refusal of medical treatment.
2. **Physical tests, assessments and medical treatments**, such as vital signs, internal body examinations, wound cleaning, wound dressing, range of motion checks, and other similar procedures. There are no known major risks associated with these procedures. Medical Treatment may consist of treatment for illnesses (i.e., strep throat, ear infections, pink eye, scrapes, strains, cuts, well child checks, etc.).
3. **Administration of Medications** whether orally, rectally, topically or through the eye, ear or nose. The Material risks associated with these types of Procedures include, but are not limited to, perforation, puncture, infection, or allergic reaction. Apart from varying the method of administration and/or refusal of medical treatment, no practical alternatives exist.
4. **Drawing Blood, Bodily Fluids or Tissue Samples** such as that done for laboratory testing and analysis. The Material risks associated with these type of Procedures include, but are not limited to, infection, bleeding, or nerve damage. Apart from long-term observation and/or refusal of medical treatment, no practical alternatives exist.

BY SIGNING THIS FORM:

- I consent to FHCGA healthcare professionals performing medical treatment and procedures as they deem reasonably necessary in the exercise of their professional judgment, including those procedures that may be unforeseen or not known to be needed at the time this consent is obtained; and
- I acknowledge that I have been informed in general terms of the nature and purpose of the medical treatment and procedures, the material risks of procedures, and practical alternatives to the procedures.
- If I have any questions or concerns regarding these Medical treatments or Procedures, I will ask my physician to provide me with additional information.
- In order to insure medication safety and lack of drug interactions, I grant the FHCGA and its staff the right to access my electronic pharmacy and prescription information.
- I acknowledge that I have read and understand the above information and I give permission for myself or my child's care as described.

Signature of Patient (or authorized person to sign): _____

Printed Name of Patient: _____ Date Signed: _____

Reason Patient Unable to Sign (if applicable): _____ Relationship: _____

Acknowledgment of Receipt of Notices of Privacy Practices (HIPAA): I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices

Signature of Patient or Legal Representative _____ Date _____

Authorization for Medical treatment by Physician Assistant: I understand that the Family Health Centers of Georgia, Inc. and its affiliates utilizes certified Mid-Level Providers (i.e.; Physician Assistants (PA), etc.) to treat patients for the level of care for which they have been approved by the Georgia State Board of Medical Examiners. Your signature on this form conveys that you are in agreement with being treated by a Mid-Level Provider, who is acting under the direct supervision of a physician.

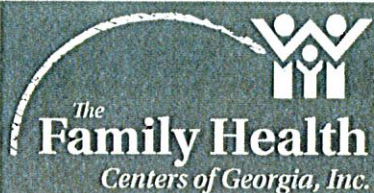
Signature of Patient or Legal Representative _____ Date _____



ATENCIÓN PADRES DE FAMILIA

Ahora, sus hijos tienen acceso a servicios de atención médica, educación, y apoyo a través de nuestros **Centros de salud basados en la escuela** o nuestra **Unidad médica móvil y dental**. The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) han conformado una sociedad con las escuelas y comunidades para proporcionar servicios de atención médica integral a los alumnos. Su hijo(a) puede recibir atención médica por alguna enfermedad, lesión, chequeos médicos, etc. durante el horario escolar.

Complete **TODOS** los formularios adjuntos. Devuelva su paquete completado, incluida una copia de la tarjeta del seguro de su hijo(a) y una copia legible a color de su identificación con fotografía válida, al representante designado de la escuela.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

Información para el padre/tutor
Información para el alumno

¿El alumno es un paciente de FHCGA? ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del alumno: _____
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Nombre del padre/tutor: _____
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Dirección: _____ # de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ # de seguridad social #: _____

Números de contacto: # de teléfono del casa: _____ # de teléfono del celular: _____

de teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono: _____

Fecha de nacimiento del alumno: _____ Edad: _____

de seguro social de alumno: _____ Sexo: _____ Raza: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO ((Presente la tarjeta actual del seguro a un representante de FHCGA.))

☐ Medicaid ☐ AMERIGROUP ☐ PeachState ☐ WellCare ☐ seguro privado ☐ sin seguro

Si tiene seguro privado, indique el nombre del seguro de la compañía: _____

Nombre del miembro (conforme a lo detallado en la tarjeta del seguro): _____ # de póliza: _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE, AÚN SI USTED USA MEDICAID, O SEGURO PRIVADO.

Relación con el paciente: ☐ Propio ☐ Padre/madre o tutor ☐ Cónyuge ☐ Otro (especifique) _____

☐ Marque aquí si la información es la misma que la anterior. Únicamente complete la siguiente sección si alguna información es diferente.

Nombre: _____
(primer nombre) (inicial del segundo nombre) (apellido)

Dirección: _____ # de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de contacto: # de teléfono del casa: _____ # de teléfono del celular: _____

de teléfono del trabajo: _____ Otro teléfono: _____



AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

The Family Health Centers of Georgia, Inc. (FHCGA) tiene la obligación de obtener el consentimiento para tratar y divulgar todos los riesgos materiales y tratamientos médicos alternativos. Entiendo que no es posible enumerar cada riesgo material para cada Procedimiento o tratamiento médico y que este formulario solo intenta identificar los riesgos materiales más comunes y las alternativas asociadas con el Procedimiento o los tratamientos médicos.

El tratamiento médico o los procedimientos pueden incluir, entre otros, lo siguiente:

1. **Agujas de jeringuillas**, como inyecciones (inyecciones). Los riesgos materiales asociados con este tipo de procedimiento incluye, entre otros, daño neurológico, infección, o contusiones. Entre las alternativas a las agujas de jeringuillas (si están disponibles) se incluyen medicamentos orales, rectales, nasales o tópicos (cada uno de los cuales puede ser menos efectivo), o negación de tratamiento médico.
2. **Pruebas físicas, evaluaciones y tratamientos médicos**, como signos vitales, exámenes internos del cuerpo, limpieza de heridas, vendaje de heridas, rango de verificaciones de movimiento, y otros procedimientos similares. No existe ningún riesgo grave conocido asociado con estos procedimientos. El tratamiento médico puede consistir en tratamiento para enfermedades (es decir, estreptococos, infecciones del oído, conjuntivitis aguda, rasguños, esguinces, cortes, controles de rutina del recién nacido, etc.).
3. **Administración de medicamentos** ya sea de forma oral, rectal, tópica o a través del ojo, oído o la nariz. Los riesgos materiales asociados con estos tipos de Procedimientos incluyen, entre otros, perforación, punción, infección, o reacción alérgica. Además de variar el método de administración o el rechazo de tratamiento médico, no existen alternativas médicas.
4. **Extracciones de sangre, fluidos corporales o muestras de tejido**, como las realizadas para pruebas y análisis de laboratorio. Los riesgos materiales asociados con estos tipos de Procedimientos incluyen, entre otros, la infección, el sangrado, o el daño neurológico. Además de la observación a largo plazo o el rechazo de tratamiento médico, no existen alternativas médicas.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO:

- Yo doy mi consentimiento a los profesionales de atención médica de FHCGA para proporcionar tratamiento médico y procedimientos conforme a lo que ellos consideren razonablemente necesario en el ejercicio de su juicio profesional, incluidos aquellos procedimientos que pueden ser imprevistos o desconocidos como necesarios al momento en el que se obtiene este consentimiento; y
- Reconozco que me he informado en términos generales a cerca de la naturaleza y el propósito del tratamiento médico y los procedimientos, los riesgos materiales de los procedimientos, y las alternativas prácticas a los procedimientos.
- Si tengo alguna pregunta o inquietud con respecto a estos tratamientos médicos o procedimientos, le preguntaré a mi médico para que me proporcione información adicional.
- Con el fin de garantizar la seguridad médica y la falta de interacciones entre medicamentos, concedo a FHCGA y a su personal el derecho a acceder a la información electrónica de mi farmacia y mis recetas.
- Reconozco que he leído y comprendo la información anterior y le doy permiso para que me brinden asistencia a mí o a.

Firma del paciente (o persona autorizada a firmar): _____

Nombre en letras de imprenta del paciente: _____

Fecha firmada: _____

Motivo por el que el paciente no puede firmar (si corresponde): _____

Relación: _____

Acuse recibo de los avisos de prácticas de privacidad (HIPAA): Reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de privacidad

Firma del Paciente o representante legal _____

Fecha _____

Autorización para tratamiento médico por parte de un asistente médico: Entiendo que The Family Health Centers of Georgia, Inc. y sus afiliados utilizan proveedores de nivel medio con certificación (es decir; asistentes médicos (PA), etc.) para tratar a pacientes por el nivel de atención por el cual han sido aprobados por la Junta del estado de Georgia de los examinadores médicos. Su firma en este formulario comunica que usted está de acuerdo con ser tratado por un proveedor de nivel medio, que actúe conforme.

Firma del Paciente o representante legal _____

Fecha _____