

We're at your school!

School-Based Behavioral Health Services

Expert staff. Accessible behavioral health care. Affordable services.



Health Partnership Clinic offers onsite behavioral health services to students attending Olathe North and Olathe East High Schools. **All you have to do is complete the attached forms and return them to your school counselor.** We'll do all the rest.

Additional services are available through our Olathe Clinic, 407 S. Clairborne Rd., including:

- Medication management
- Physicals
- Immunizations
- General medical care
- Dental care
- Psychological and educational testing
- Behavioral health services for children, adolescents and adults

We're available to address emotional and behavioral concerns including:

- ADHD
- Depression
- Anxiety
- Suicidal ideation
- Self-Harm
- PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)
- Grief/loss
- Substance abuse



hpcks.org

For more information, contact Dr. Moore at 913-780-7575.





CLINIC

School-Based Portable Care

Your child's school has been selected to participate in the School Health Care Program, administered by the local non-profit Health Partnership Clinic (HPC). HPC providers will be offering medical, behavioral health and/or dental services in your child's school. Upon request, the HPC provider will provide you with a report card of the treatment completed and/or treatment remaining.

SCHOOL LOCATION: _____

Child's Name:	SS#:	DOB:	Gender:	Race:	Language:
Street Address:	City:	Zip:	Phone:		
Insurance Name & Member ID #:					

Guardian's Name:	SS#:	DOB:	Gender:
Street Address:	City:	Zip:	Phone:
Insurance Name & Member ID #:	Email Address:		

Please note, the federal government requires us to ask you for this information, and it will be used for government reporting purposes only. Neither your name nor any other identifying information will ever be disclosed, and we will not use this information for any other purpose. Please circle your family size and the range of your annual income.

Family Size	A	B	C	D	E
1	\$0-\$12,140	\$12,141-\$16,146	\$16,147-\$ 20,152	\$20,153-\$24,279	\$24,280 or greater
2	\$0 - \$16,460	\$16,461-\$21,892	\$21,893-\$27,324	\$27,325-\$32,919	\$32,920 or greater
3	\$0 - \$20,780	\$20,781-\$27,637	\$27,638-\$34,495	\$34,496-\$41,559	\$41,560 or greater
4	\$0 - \$25,100	\$25,101-\$33,383	\$33,384-\$41,666	\$41,667-\$50,199	\$50,200 or greater
5	\$0 - \$29,420	\$29,421-\$39,129	\$39,130-\$48,837	\$48,838-\$58,839	\$58,840 or greater
6	\$0 - \$33,740	\$33,741-\$44,874	\$44,875-\$56,008	\$56,009-\$67,479	\$67,480 or greater
7	\$0 - \$38,060	\$38,061-\$50,620	\$50,621-\$63,180	\$63,181-\$76,119	\$76,120 or greater
8	\$0 - \$42,380	\$42,381-\$56,365	\$56,366-\$70,351	\$70,352-\$84,759	\$84,760 or greater

EMERGENCY CONTACT

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

ADDRESS: _____ CITY: _____ ZIP: _____

SOCIAL SECURITY #: _____ - _____ - _____ RELATIONSHIP: _____

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE: I give express permission to discuss my child's health and financial information with the following individual(s):

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

CONSENT: I give Health Partnership Clinic (HPC) permission to provide (please mark all that apply) medical____ behavioral health____ and/or dental____ services to my child. Dental care services include: comprehensive dental exam & x-rays, sealants, removal of baby teeth, cleaning, filling cavities, fluoride (up to 3 per year), baby tooth root canals, and oral health education. Dental video conferencing technology could be used to affect a consultation. This will not be the same as a direct patient/health care provider visit due to the fact that the dentist will not be in the same room as the health care provider. Consent is valid for one year from the date of my signature unless otherwise noted by me.

Parent/Guardian Print Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Outreach Health Care Program HEALTH HISTORY

HPC will treat all patient information as protected health information (PHI) under HIPPA regulations, exchanging the PHI only with personnel employed by HPC and the facility/school who are responsible for medical treatment and/or record review.

=====

MEDICAL HISTORY

History (check all that apply):

Diabetes____ Asthma____ Autism____ Seizure Disorder____ Hepatitis____ Artificial Joints/Pins/Screws____
Heart Disease____ Heart Murmur____ Artificial Heart Valve____ Congenital Heart Disorder____
Other_____

Allergies (check all that apply)

Latex____ Amoxicillin/Penicillin____ Other_____

List all medications your child is taking: _____

List any surgeries, hospitalizations, or other medical conditions: _____

List special healthcare needs or any additional information you think might help HPC providers meet your child's needs:

When did your child last see a medical provider?

In the past year____ More than one year ago____ Never____
Other (please explain): _____

BEHAVIORAL HEALTH HISTORY

Previous/Current Inpatient or Outpatient Mental Health Services (please list name of Hospital, Organization and/or Counselor)

Medication your child is currently taking for mental health purposes: _____

DENTAL HISTORY

When did your child last see a dentist?

In the past year____ More than one year ago____ Never____
Other (please explain): _____

Is your child required to take a pre-medication (antibiotics) prior to dental treatment? Yes____ No____

If yes, for what condition? _____

¡Estamos en tú escuela!

Servicios de salud conductual basados en la escuela

Personal experto. Cuidado de salud conductual accesible. Servicios asequibles.



Health Partnership Clinic ofrece servicios de salud conductual en los lugares a los que asisten los estudiantes como son las escuelas secundarias de Olathe North y Olathe East. **Todo lo que usted tiene que hacer es completar los formularios adjuntos y devolverlos a su consejero escolar.** Nosotros haremos el resto.

Servicios adicionales están disponibles a través de nuestra Clínica Olathe, 407 S. Clairborne Rd; que incluyen:

- Manejo de medicamentos
- Exámenes físicos
- Vacunas
- Atención médica general
- Cuidado dental
- Pruebas psicológicas y educativas
- Servicios de salud del comportamiento para niños, adolescentes y adultos

Estamos disponibles para tratar inquietudes emocionales y de comportamiento que incluyen:

- TDAH (Transtorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)
- Depresión
- Ansiedad
- Ideación suicida
- Daño a sí mismo
- TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático)
- Duelo/pérdida
- Abuso de sustancias

Para obtener más información, comuníquese con la Dra. Moore al 913-780-7575.





Cuidado Escolar Portátil

La escuela de su hijo/a ha sido seleccionada para participar en el programa "Cuidado de Salud en la Escuela" administrado por la clínica local Health Partnership Clinic (HPC). Los proveedores de la clínica HPC estarán ofreciendo servicios médicos, consultas de conducta y/o servicios dentales dentro de la escuela. El proveedor de salud de HPC le dará un reporte sobre el tratamiento dado y el cuidado que necesitará.

Ubicación de la escuela: _____

Nombre del niño/a:	SS#:	Fecha de nacimiento del niño/a:	Sexo:	Raza:	Idioma:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:		
Nombre y Número de la Compañía Seguro Médico:					

Nombre del Tutor:	SS#:	Fecha de nacimiento del tutor:	Sexo:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre del seguro y número de identificación del miembro:		Correo electrónico:	

Por favor tome nota que el gobierno federal es quien solicita esta información, y será utilizada únicamente con propósito de estadísticas del gobierno. Ni su nombre o alguna otra información que le identifique se darán a conocer, y no utilizaremos esta información para ningún otro propósito. Por favor seleccione el número de miembros en su hogar y el rango de ingreso anual.

Tamaño de Hogar A B C D E

1	\$0-\$12,140	\$12,141-\$16,146	\$16,147-\$20,152	\$20,153-\$24,279	\$24,280 or greater
2	\$0 - \$16,460	\$16,461-\$21,892	\$21,893-\$27,324	\$27,325-\$32,919	\$32,920 or greater
3	\$0 - \$20,780	\$20,781-\$27,637	\$27,638-\$34,495	\$34,496-\$41,559	\$41,560 or greater
4	\$0 - \$25,100	\$25,101-\$33,383	\$33,384-\$41,666	\$41,667-\$50,199	\$50,200 or greater
5	\$0 - \$29,420	\$29,421-\$39,129	\$39,130-\$48,837	\$48,838-\$58,839	\$58,840 or greater
6	\$0 - \$33,740	\$33,741-\$44,874	\$44,875-\$56,008	\$56,009-\$67,479	\$67,480 or greater
7	\$0 - \$38,060	\$38,061-\$50,620	\$50,621-\$63,180	\$63,181-\$76,119	\$76,120 or greater
8	\$0 - \$42,380	\$42,381-\$56,365	\$56,366-\$70,351	\$7,352-\$84,759	\$84,760 or greater

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN: Como padre, madre o tutor legal del paciente, autorizo la entrega de información médica y/o financiera de mi niño/a a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

AUTORIZACIÓN: Como padre, madre o tutor legal del paciente, autorizo a Health Partnership Clinic (HPC) proveer servicios (por favor marque los que correspondan) médicos___ de conducta___ y/o dental___ a mi niño/a. Servicios dentales incluyen: examen dental comprensivo y radiografías, selladores de las muelas, remover dientes de leche, limpieza, relleno de caries, aplicar fluoruro (máximo de 3 veces al año), endodoncia, educación para la salud oral, y acceso a la historia de la medicación externa. La tecnología de video conferencia dental podría usarse para afectar una consulta. Esto no será lo mismo que una visita directa del paciente / proveedor de atención médica debido al hecho de que el dentista no estará en la misma habitación que el proveedor de atención médica. Esta autorización es válida por un año desde la fecha de mi firma a no ser que yo le notifique lo contrario.

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Programa Comunitario de Salud – Formulario de Historial de Salud

HPC tratara toda información proveída como información de salud protegida bajo la ley federal de privacidad médica y lo compartirá solamente con empleados de la clínica HPC y con la organización/escuela responsable por el cuidado médico y/o la revisión de su tratamiento.

=====

HISTORIAL DE SALUD MÉDICA

Historial Médico (marque los que correspondan):

Diabetes___ Asma___ Autismo___ Convulsiones___ Hepatitis___ Articulaciones artificiales/Pasadores/Tornillos___
Enfermedad del Corazón___ Chillidos del Corazón___ Válvula cardíaca artificial___ Trastorno Congénito del Corazón___ Otro (por favor explique)_____

Alergias (marque los que correspondan)

Látex___ Amoxicilina/Penicilina___ Otro _____

Listar los medicamentos que su niño/a está tomando: _____

Listar las cirugías, hospitalizaciones o cualquier otra condición médica: _____

Listar cualquier cuidado médico especial o cualquier información que le parezca de ayuda para que HPC cubra las necesidades de su niño/a:

Cuando fue la última vez que su niño/a visito a un médico/a?

El año pasado___ Hace más de un año___ Nunca___

Otro (favor explicar): _____

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Visita o internación pasada/presente donde recibió servicios de salud mental (por favor liste el nombre del hospital, organización y/o terapeuta/consejero) _____

Medicamentos que su niño/a está tomando para su salud mental: _____

HISTORIAL DE SALUD DENTAL

Cuando fue la última vez que su niño/a visito al dentista?

El año pasado___ Hace más de un año___ Nunca___

Otro (favor explicar): _____

Su niño/a debe ser pre-medicado (con antibióticos) antes del tratamiento dental? Sí ___ No ___

Si su respuesta es sí, cual es la razón? _____