



About Union Community Care

Our purpose is to spark equity through patient-led healthcare that welcomes and strengthens our communities by integrating body, mind, and heart.

We provide family medical care, dental care, behavioral/mental health, social support, urgent sick care, and pharmacy services throughout our 10 Lancaster locations.

Our sliding Fee Discount Program offers a discounted rate or fee for medical and preventive dental services at all of our locations. The Sliding Fee Discount Program is available to all uninsured and insured patients based on their household income and size.

Union Community Care in the School District of Lancaster

- **Carter & MacRae Elementary School**
- **Fulton Elementary School**
- **George Washington Elementary School**
- **Reynolds Middle School**
- **JP McCaskey High School**

SDoL students, staff, and families of students and staff can be seen at **any** of our SDoL locations! We will have a Care Team available at all 5 schools.

Healthcare services:

Sick visits

Well child checks

Medication management

Chronic disease management

Physicals

Diet & nutrition

Well adult visits

Social support

Dental screenings

Behavioral/mental health support

For more information about our school-based healthcare services, please call **717-299-6371**.

Press 2 for Medical Care, then **Press 7** for School-Based Health Centers



Sobre Union Community Care

Nuestro propósito es generar igualdad a través de atención médica dirigida por el paciente que da la bienvenida y fortalece nuestras comunidades integrando cuerpo, mente, y corazón.

Ofrecemos servicios médicos, servicios dentales, salud mental, apoyo social, servicios de urgencias para enfermos, y servicios de farmacia en todas nuestras 10 localidades en Lancaster.

Nuestro Programa de Descuento de Pago Cambiante ofrece un pago nominal o de descuento para servicios médicos y dentales preventivos en todas nuestras oficinas. El Programa de Descuento de Pago Cambiante es disponible para todos los pacientes con seguro o sin seguro basado en presupuesto y tamaño del hogar.

Union Community Care en el Distrito Escolar de Lancaster

- **Carter & MacRae Elementary School**
- **Fulton Elementary School**
- **George Washington Elementary School**
- **Reynolds Middle School**
- **JP McCaskey High School**

¡Los estudiantes y personal del Distrito Escolar de Lancaster y sus familias pueden ser vistos en **cualquiera** de nuestras oficinas del Distrito Escolar de Lancaster! Tendremos un Equipo Médico disponible en todas las 5 escuelas.

Servicios de salud:

Visitas de enfermos

Visitas de bienestar de niños

Control de medicamentos

Control de enfermedades crónicas

Exámenes físicos

Dieta y nutrición

Visitas de bienestar de adultos

Apoyo Social

Exámen Dental

Apoyo de salud mental

Para más información sobre nuestros servicios de salud médicos en las escuelas, por favor llame al **717-299-6371**. **Presione 2** para Servicios Médicos, luego **Presione 7** para los Centros de Salud de las escuelas.



**School Based Health Center
Registration & Consent Form**

Child's Name: _____ Today's Date: _____

Social Security: _____ Date of Birth: _____ Gender: ☐ Male ☐ Female

Address: _____

City: _____ County: _____ State: _____ Zip: _____

Phone: _____ Alternate Number: _____

Race: ☐ Asian ☐ Native Hawaiian ☐ Pacific Islander ☐ Black/African American
☐ American Indian/ Alaska Native ☐ White/Caucasian ☐ More than One Race ☐ Other/Decline

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

Parent/Guardian's Name: _____ Relationship: _____

Insurance Information

Does your child have any of the following type of insurance coverage? **Please check all that apply:**

Medicaid ☐ Yes ☐ No Medical Insurance ☐ Yes ☐ No

CHIP ☐ Yes ☐ No Dental Insurance ☐ Yes ☐ No

Preferred Pharmacy: _____

If the child is receiving Medicaid, CHIP, or does not have insurance, please provide the following information:

Estimated Annual (Gross) Income: \$_____ Number of people in household: _____

Social, who lives in the household? Members in the household (Please list names & relationship.):

Smokers in the household? ☐ Yes ☐ No If yes, ☐ Indoor ☐ Outdoor

Child's Medical History

Is your child allergic to latex? ☐ Yes ☐ No

Does your child have food or drug allergies ☐ Yes ☐ No If yes, specify: _____

Were there any problems with mother's pregnancy with this child? ☐ Yes ☐ No

If yes, please explain: _____

Child's Birth: ☐ Term Delivery ☐ Premature Birth weight: _____ Birth complications: _____

Child Hospitalizations: ☐ Yes ☐ No If yes, diagnosis & dates: _____

Child Surgeries: ☐ Yes ☐ No If yes, type & dates: _____

Child Chronic Health Problems ☐ Yes ☐ No If yes, chronic problem(s) _____

Current medication(s) (name/dose): _____

Family Medical History (Sibling, Parent, Grandparents):

Heart Disease ☐ Yes ☐ No Asthma ☐ Yes ☐ No Kidney Disease ☐ Yes ☐ No

High Blood Pressure ☐ Yes ☐ No Seizures ☐ Yes ☐ No Diabetes ☐ Yes ☐ No

Mental Health Issues ☐ Yes ☐ No Cancer ☐ Yes ☐ No If yes, type and age of onset: _____

Other: _____

I authorize Union Community Care School Based Health Center to provide medical services to my student in my absence.

Parent/Guardian Signature: _____ Today's Date: _____

Relationship to Patient: _____

****This consent form is effective for one year from date of signature.**

History and consent forms must be submitted every school year. **



Centro de Salud Basado en La Escuela
Formulario de Consentimiento y Inscripción

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Hoy: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: ☐ Masc ☐ Fem

Dirección: _____

Cuidad: _____ Condado: _____ Edo.: _____ C.P. _____

Teléfono: _____ Teléfono Alt.: _____

Raza: ☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño Pacífico ☐ Afroamericano

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Caucásico ☐ Más de una raza ☐ Otro/Negarse

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Otro/Negarse

Nombre de Tutor: _____ Parentesco: _____

Información de seguro médico:

¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes tipos de cobertura de seguro? **Favor de marcar todo lo que aplique:**

Medicaid ☐ Sí ☐ No

Seguro Médico ☐ Sí ☐ No

CHIP ☐ Sí ☐ No

Seguro Dental ☐ Sí ☐ No

Farmacia de Preferencia: _____

Si el niño está recibiendo Medicaid, CHIP o no tiene seguro, favor de proporcionar la siguiente información:

Ingresos Anuales (Total) estimados: \$ _____ Número de personas en su hogar: _____

Social, ¿Quién vive en el hogar? Personas que viven en el hogar (favor de enumerar nombres y parentesco.):

¿Hay fumadores en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", ☐ Adentro ☐ Afuera

Historial Médico del Niño

¿Es su hijo(a) alérgico(a) al Latex? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su hijo(a) alergias a alimentos o medicamentos? ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", osifique: _____

¿Hubo problemas en el embarazo de la madre con este niño? o Sí o No

Si contesta "Sí", especifique: _____

Nacimiento: ☐ Parto a término ☐ Prematuro Peso a Nacer: _____ Complicaciones del parto: _____

Hospitalizaciones del niño: ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", diagnóstico y fechas: _____

Cirugías del Niño: ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", tipos y fechas: _____

Problemas crónicos de salud del (de la) niño(a) ☐ Sí ☐ No Si contesta "Sí", problemas crónicos: _____

Historial Médico de la Familia (hermanos(as) padres, abuelos):

Enfermedad Cardíaca ☐ Sí ☐ No

Asma ☐ Sí ☐ No

Enfermedad Renal ☐ Sí ☐ No

Presión Arterial Elevada ☐ Sí ☐ No

Ataques ☐ Sí ☐ No

Diabetes ☐ Sí ☐ No

Problemas de Salud Mental ☐ Sí ☐ No

Cáncer ☐ Sí ☐ No

Otro ☐ Sí ☐ No

Si Contesta "Sí", especifique y edad de inicio: _____

Autorizo a Union Community Care Centro de Salud Basado en La Escuela Ama proveer servicios médicos a mi estudiante cuando no estoy presente con él/ella.

Firma del Padre de Familia/Tutor: _____ Fecha de hoy: _____

Parentesco con el Paciente: _____

****Este formulario de consentimiento tiene vigencia por un año a partir de la fecha de su firma.
Los formularios de consentimiento e historiales tienen que entregarse cada año escolar. ****