

About Union Community Care

Union Community Care is a Federally Qualified Health Center (FQHC) that provides medical care, urgent care, school-based health care, dental care, behavioral/mental health, social support, and pharmacy services throughout Lancaster and Lebanon Counties. Our purpose is to spark equity through patient-led healthcare that welcomes and strengthens our communities by integrating body, mind, and heart.

Union Community Care charges fees for the healthcare services we provide, but there are many different payment plans and programs that keep our services affordable. We care for all patients with no insurance, some insurance, commercial insurance, Medical Assistance, or Medicare. Our Sliding Fee Discount Program is available to all patients with or without insurance based on their household income and size. No one will ever be turned away for care if they can't pay.

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

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

Healthcare services:

- **Same-day visits for illnesses & injuries**
Sore throat | Cough, cold, & flu | Rash | Ear pain | Nausea, vomiting, & diarrhea | Cuts, scrapes, & stitches | Sprains & strains | Minor eye injuries | UTIs
- **Well Child Checks, physicals, and screenings for all ages**
- **Medication management**
- **Chronic disease management**
- **Vaccines**
- **Women's health and reproductive healthcare***
Contraception & family planning counseling
Cervical cancer screening (pap) | STI testing & treatment
- **Help to connecting you to other services**
Dental screenings & sealants | Behavioral/mental health* | Social support | X-rays & imaging | Prenatal care

Please provide Union Community Care with copies of your vaccine record and insurance card.

* Under PA State law, patients under the age of 18 can access these services without the consent of a parent or guardian. Union Community Care always encourages parental involvement.

Sobre Union Community Care

Union Community Care es un centro de salud aprobado por el Gobierno federal (FQHC) que brinda atención médica, atención de urgencias, asistencia sanitaria en escuelas, servicios de odontología, servicios de salud mental/conductual, asistencia social y servicios de farmacia en los condados de Lancaster y Lebanon. Nuestra misión es impulsar la equidad a través de una asistencia sanitaria orientada al paciente que acoge y fortalece nuestras comunidades integrando cuerpo, mente y espíritu.

Los servicios de atención médica de Union Community Care están sujetos al pago de tasas, pero hay muchos planes y programas de pago diferentes que hacen que nuestros servicios resulten asequibles. Atendemos a pacientes sin cobertura, con coberturas parciales, comerciales, Medical Assistance o Medicare. Ya sea que cuente con un seguro o no, cualquier persona puede acceder a nuestro programa de descuento de tarifas flexibles en función de los ingresos y el tamaño de su hogar. No se le negará la asistencia a nadie que no pueda pagar.

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 del distrito, el personal y sus familias pueden atenderse en **cualquiera** de nuestros centros! Habrá un equipo médico disponible en las 5 escuelas.

Para obtener más información sobre nuestros servicios de salud en escuelas, llame al **717-299-6371**. **Presione 2** para acceder al área de Atención Médica, luego **presione 7** para acceder a Centros de Salud en Escuelas.

Servicios de atención médica:

- **Asistencia ambulatoria para afecciones y heridas**
Dolor de garganta | Tos, resfriado y gripe | Sarpullido | Dolor de oído | Náuseas, vómitos y diarrea | Cortes, rasguños y puntos de sutura | Esguinces y desgarros | Lesiones oculares leves | Infecciones urinarias
- **Controles infantiles, exámenes físicos y exploraciones para todas las edades**
- **Administración de medicamentos**
- **Gestión de enfermedades crónicas**
- **Vacunación**
- **Salud de la mujer y reproductiva***
Anticoncepción y planificación familiar
Examen de cáncer cervical (Pap) | Pruebas de ITS y tratamiento
- **Remisión a otros servicios**
Revisiones y sellantes dentales | Salud mental/conductual* | Asistencia social | Radiografías y diagnóstico por imágenes | Atención prenatal

Recuerde presentar copias de su libreta de vacunación y su tarjeta del seguro.

* En virtud de la ley estatal de Pensilvania, los menores de 18 años pueden acceder a estos servicios sin el consentimiento de un padre o tutor. Union Community Care fomenta la participación de los padres.

SCHOOL-BASED HEALTH CENTER CONSENT FORM



School District of Lancaster (SDOL) partners with Union Community Care to offer School-Based Health Services. Completion of this consent form is required for your child to receive care at a Union Community Care School-Based Health Center.

School nursing and emergency services will be provided whether or not you complete this form.

Student/Patient Information		
Student Last Name:	Student First Name:	Pronouns: <input type="checkbox"/> He/Him <input type="checkbox"/> She/Her <input type="checkbox"/> They/Them <input type="checkbox"/> Other _____
Date of Birth:	Preferred Name:	What sex is on your birth certificate? <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Home Address:		Gender Identity: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-Binary
State:	Zip Code:	City:
		Phone Number:
Do you have a Primary Care Provider/Physician (PCP)? If yes, Who/What Practice?		

Parent/Legal Guardian Information	
Name:	Phone Number:

Student/Patient Insurance Information	
Child/Teen has insurance (please X box): <input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No	
Name of Insurance Company:	Subscriber's Name:
Group Number:	Subscriber ID:

Emergency Contact (if parent/guardian cannot be reached)		
Name:	Relationship:	Phone Number:

Student Health History (to be completed by parent/legal guardian)

Patient/Student Medical History (please X all that apply)			
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease	<input type="checkbox"/> Lung Disease	<input type="checkbox"/> Glasses/Contacts
<input type="checkbox"/> Seasonal Allergies	<input type="checkbox"/> Other Blood Disorder	<input type="checkbox"/> Migraines	<input type="checkbox"/> Hearing Aids
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Other (please explain):
<input type="checkbox"/> Cancer/Leukemia	<input type="checkbox"/> Kidney/Renal Disease	<input type="checkbox"/> Mental/Behavioral Health Disorder	_____
<input type="checkbox"/> Heart Disease			

Patient/Student Current Medications (inhalers, prescriptions, other)			
Name of Medication			

Would you like to use the Union Pharmacy, with medications delivered to the School-Based Health Center?	
<input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No	

Allergies to medicine?	
<input type="checkbox"/> YES – Please list below:	<input type="checkbox"/> NO KNOWN MEDICATION ALLERGIES

School-Based Health Center Consent Form

The purpose of this Consent Form is to allow parents/guardians to:

- (1) give informed consent for your child to receive care at any of the Union Community Care school-based health centers within the School District of Lancaster (SDOL) with or without the presence of a parent/guardian; and
- (2) acknowledge responsibility for the payment of charges and fees not covered by insurance.

Consent for School-Based Health Center Services/Treatment

By signing below, the Parent/Guardian consents for your child to receive care at any of the Union Community Care school-based health centers.

(Place X by any services you DO NOT want your child to receive.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Physical exams (well-child, sports, work) | <input type="checkbox"/> Care of certain chronic conditions (such as asthma, seizure disorders, or diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Care and treatment for injury/illness | <input type="checkbox"/> Mental/behavioral health assessment, screening, and intervention (parental/guardian consent required for children under the age of 14) |
| <input type="checkbox"/> Vaccinations (shots) | |

Agreement of Financial Responsibility

Some School-Based Health Services are provided at no cost to families whether or not a student has insurance or the ability to pay. You may get a bill for some services if not covered by insurance. If applicable, Union Community Care will bill your child's insurance carrier(s) for charges and fees covered by your child's insurance plan.

Union Community Care charges fees for the healthcare services we provide, but there are many different payment plans and programs that keep our services affordable. We care for all patients with no insurance, some insurance, commercial insurance, Medical Assistance, or Medicare. Our Sliding Fee Discount Program is available to all patients with or without insurance based on their household income and size. No one will ever be turned away for care if they can't pay.

I, PARENT/GUARDIAN, CERTIFY THAT I HAVE READ THIS CONSENT FORM, AND THAT I FREELY GIVE MY INFORMED CONSENT FOR MY CHILD TO RECEIVE SCHOOL-BASED HEALTH CENTER SERVICES.

Signature of Parent/Legal Guardian: _____

Print Name of Parent/Legal Guardian: _____

Relationship to the Child/Student: _____ Date: _____

*****This consent form is effective for the duration this student is registered in the School District of Lancaster (SDOL) and can be revoked at any time.***

CENTRO DE SALUD ESCOLAR

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO



El Distrito Escolar de Lancaster (SDOL) se asocia con Union Community Care para ofrecer servicios de salud basados en la escuela. Se requiere completar este formulario de consentimiento para que su hijo(a) reciba atención en un Centro de Salud Escolar de Union Community Care.

Se brindarán servicios escolares de enfermería y de emergencia, independientemente de que se complete o no este formulario.

Información del estudiante/paciente			
Apellido del estudiante:		Nombre del estudiante:	
Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:	
Dirección de vivienda:		Identidad de género:	
Estado: Código postal: Ciudad:		Número telefónico:	
¿Tiene un proveedor de atención primaria/médico (PCP)? Si la respuesta es si, ¿Quién/qué especialidad?			
Información de los padres/tutores legales			
Nombre:		Número telefónico:	
Información de seguro del estudiante/paciente			
El niño(a)/adolescente tiene seguro (por favor, marque X): <input type="checkbox"/> Si ó <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la compañía de seguros:		Nombre del suscriptor:	
Número de grupo:		ID de suscriptor:	
Contacto de emergencia (si no se puede contactar con los padres/tutores)			
Nombre:		Parentesco:	Número telefónico:

Historial de salud del estudiante (para ser completado por el padre/tutor legal)

Historial médico del paciente/estudiante (por favor, marque una X en todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gafas/Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Otro trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Audífonos
<input type="checkbox"/> Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Otro (por favor explique):
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Salud del comportamiento/mental	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Trastorno	<input type="checkbox"/>
Medicamentos actuales del paciente/estudiante (inhaladores, recetas, otros)			
Nombre del medicamento			
¿Le gustaría usar la Union Pharmacy, con los medicamentos entregados al Centro de Salud Escolar?			
<input type="checkbox"/> Si ó <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene alergia a algún medicamento?			
<input type="checkbox"/> SI – Por favor anote a continuación:			<input type="checkbox"/> NO SE LE CONOCE ALERGI A NINGÚN MEDICAMENTO

Formulario de consentimiento del centro de salud escolar

El propósito de este formulario de consentimiento es permitir que los padres/tutores:

- (1) Den su consentimiento informado para que su hijo(a) reciba atención en cualquiera de los centros de salud escolares de Union Community Care dentro del Distrito Escolar de Lancaster (SDOL) con o sin la presencia de un padre/tutor; y
- (2) Reconozcan la responsabilidad del pago de cargos y tarifas no cubiertos por el seguro.

Consentimiento para los servicios/tratamiento del centro de salud escolar

Al firmar a continuación, el padre/tutor da su consentimiento para que su hijo(a) reciba atención en cualquiera de los centros de salud escolares de Union Community Care.

(Coloque X junto a cualquier servicio que desee que su hijo(a) NO reciba).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Exámenes físicos (niño sano, deportes, trabajo) | <input type="checkbox"/> Cuidado de ciertas condiciones crónicas (cómo asma, trastornos convulsivos, ó diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado y tratamiento de lesiones/enfermedad | <input type="checkbox"/> Evaluación de la salud mental/conductual, detección, e intervención (se requiere el consentimiento de los padres/tutores para niños(as) menores de 14 años) |
| <input type="checkbox"/> Vacunas (inyecciones) | |

Acuerdo de responsabilidad financiera

Algunos servicios de salud basados en la escuela se brindan sin costo alguno a las familias, independientemente de que un estudiante tenga o no seguro, o la capacidad de pagarlo. Puede recibir una factura por algunos servicios si no están cubiertos por el seguro. Si corresponde, Union Community Care facturará a la(s) compañía(s) de seguros de su hijo(a) por los cargos y tarifas cubiertos por el plan de seguro de su hijo(a).

Union Community Care cobra tarifas por los servicios de atención médica que ofrecemos, pero hay muchos planes y programas de pago diferentes que mantienen nuestros servicios asequibles. Atendemos a todos los pacientes sin seguro, algún seguro, seguro comercial, asistencia médica o Medicare. Nuestro programa de descuento Sliding Fee Discount Program está disponible para todos los pacientes con o sin seguro en función de los ingresos y el tamaño de su hogar. Nadie será rechazado, todos recibirán atención así no puedan pagar.

YO, PADRE/TUTOR, CERTIFICO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y QUE DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE MI HIJO(A) RECIBA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR.

Firma de los padres/tutores legales: _____

Nombre en imprenta de los padres/tutores legales: _____

Parentesco con el niño(a)/estudiante: _____ Fecha: _____

***Este formulario de consentimiento es efectivo durante el tiempo que este estudiante esté registrado en el Distrito Escolar de Lancaster (SDOL) y puede ser revocado en cualquier momento.*