



Autorizo que yo /mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL /ORIENTACIÓN mientras está inscrito en una escuela atendida por CHC o hasta que revoque el permiso. SÍ NO

• Se facturará a todos los seguros en el momento de la visita. No hay pagos de su bolsillo ni copagos asociados a los servicios que se prestan en la escuela.

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información médica proporcionada es correcta, y que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud del estudiante/paciente. Comunicaré a CHC cualquier cambio en mi información médica. SÍ NO

He recibido una copia de la Política de Derechos y Responsabilidades del CHC. SÍ NO

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO: SÍ NO

Autorizo la divulgación de toda clase de información sobre la salud conductual, dental o médica necesaria para procesar mi reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Community Health Center, Inc. por los servicios prestados.

RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: SÍ NO

Entiendo que la información sobre cómo CHC usará y divulgará mi información se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC y he recibido una copia. Además de los usos y divulgaciones detallados en el Aviso de prácticas de privacidad, acepto permitir que CHC envíe mensajes de texto a mi hijo (solo para fines de programación) o a mí si se enumeran los números de teléfono celular a continuación.

AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EDUCACIÓN: SÍ NO

Por la presente autorizo a CHC a intercambiar registros de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo con el fin de brindarle atención y tratamiento a mi hijo, si corresponde, y / o intercambiar información sobre exámenes físicos y vacunas requeridos por la ley. Reconozco que los registros de salud si son recibidos por el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Regla de Privacidad de HIPAA, pero se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos y Privacidad de la Educación Familiar.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE * Información obligatoria.

Nombre legal completo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección/Apartamento n.º: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Número de seguro social: _____ Grupo étnico (marque una casilla): Hispano No hispano

Raza (marque una casilla): Desconocida Indio americano Islas del Pacífico Nativo de Alaska Negra Asiática Blanca Otra _____

Idioma principal del paciente: _____ ¿El paciente califica para un almuerzo gratis/con descuento? : SÍ No

El paciente de la escuela asiste a: _____ Grado: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

* Seguro médico: _____ * N.º de ID de Medicaid: _____ * Seguro privado. N.º de ID/Póliza: _____ * Número de grupo: _____

* Dirección del seguro: _____ * Número de teléfono del seguro: _____ (información en el dorso de la tarjeta)

* Nombre del titular de la póliza: _____ * Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

* Seguro dental: _____ * N.º de ID de Medicaid: _____ * Seguro privado. N.º de ID/Póliza: _____ * Número de grupo: _____

* Dirección del seguro: _____ * Número de teléfono del seguro: _____ (información en el dorso de la tarjeta)

* Nombre del titular de la póliza: _____ * Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/DEL TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

* Dirección/Apartamento n.º: (si es diferente de la anterior): _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Acepto que puedan dejarme mensajes en el siguiente número de teléfono: Teléfono residencial Teléfono celular Teléfono del trabajo

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____

Correo electrónico del padre/de la madre/del tutor legal: _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (si no es el padre/la madre/el tutor legal)

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

* Firma del padre/de la madre/del tutor legal o del estudiante si tiene más de 18 años _____

* Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Al firmar arriba, entiendo y reconozco que he leído y entiendo este consentimiento y que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC actualmente en vigencia.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿El paciente tiene algún problema médico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente toma algún medicamento? (se incluyen los inhaladores)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Mencione todos los medicamentos:
¿El paciente ha tenido alguna lesión grave?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente tiene algún defecto congénito o antecedentes de algún problema cardíaco o cirugía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Alguna vez el paciente ha pasado una noche en el hospital?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente se ha sometido a alguna cirugía en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente ha tenido colocado algún shunt (derivación) o tiene un catéter permanente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿La paciente es o fue madre adolescente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿La paciente está embarazada o posiblemente embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha probable de parto:
¿La paciente está amamantando actualmente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Es necesaria la administración de antibióticos antes de los procedimientos dentales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente fuma o masca tabaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿El paciente tiene o tuvo alguno de estos PROBLEMAS?

Anemia/trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Neumonía	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autismo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de aprendizaje/desarrollo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cáncer/leucemia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Sobrepeso/obesidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Convulsiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Úlcera/problemas digestivos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Varicela	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún problema de salud mental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad endócrina/glandular/autoinmunitaria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún defecto congénito (de cerebro, corazón, pulmones, espina bífida, etc.)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Escoliosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún problema con la dentadura?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fiebre reumática, enfermedad cardíaca, sople	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún dolor de muela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hepatitis o problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Sangrado al cepillarse o usar hilo dental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Infecciones de la vejiga o del riñón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se le hizo una limpieza dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Mononucleosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otros:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

ALERGIAS

Algún alimento (incluir intolerancia a la lactosa)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Medicamentos (incluidos los de venta sin receta o antibióticos; penicilina o amoxicilina)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Anestesia local (incluida la lidocaína) o látex	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
¿El paciente tiene un EpiPen en la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Otros:		Comentario:

SALUD CONDUCTUAL Responda SOLO si el paciente necesita servicios de salud conductual

¿Desearía inscribir al paciente en los servicios de salud conductual?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿El paciente ha recibido alguna vez servicios de orientación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí ¿cuándo y con quién?
El paciente ¿ha experimentado alguna vez algo de lo siguiente?:	
Cambios en la familia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Problemas relacionados con la ira <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas en la escuela	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Problemas de atención <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Presiones sociales/de los compañeros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Tristeza y/o cambios de humor <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ansiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ausentismo/evasión escolar <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Pérdida reciente <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si respondió "Sí" a cualquiera de los puntos anteriores, escriba un comentario:	