

DEBACA FAMILIA CLINICA DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

REGISTRO DEL PACIENTE Y PERMISO PARA DAR SERVICIO		FORT SUMNER CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA		FY 13-14	
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Año escolar	
			Número de ID del estudiante		
	Dirección del paciente (calle, estado y área postal)	Teléfono del paciente - casa			
		Teléfono del paciente - Celular			
	Nombres de los padres o guardianes legales	Género del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
		Raza del paciente <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo-americana/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Otra			
Parent(s)/Legal Guardian(s) Address (street, city, state and zip)	Teléfono de la casa				
	Teléfono del trabajo				
	Teléfono celular				
Contacto en emergencias Nombre de la persona y parentesco con el Paciente	Teléfono de emergencia - Casa				
	Teléfono de emergencia - Celular				
	Teléfono de emergencia - Trabajo				
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO	Médico de cabecera	Teléfono del médico de cabecera			
	Dirección del médico de cabecera				
	Nombre del seguro médico (Si no tiene seguro, marque N/A)	Cobertura por Medicaid coverage <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No Blue Cross/Blue Shield Salud <input type="checkbox"/> United Salud <input type="checkbox"/> Molina Salud <input type="checkbox"/> Presbyterian Salud <input type="checkbox"/> Se le cobra por el servicio			
	Número de póliza	Número de Medicaid:			
	Nombre del asegurado principal	Parentesco con el paciente			
HISTORIA CLÍNICA	¿Alergias? ¿Cuáles?	¿Cirugías? ¿Cuándo/Dónde?	¿Hospitalizaciones? ¿Cuándo/ Dónde?	Medicinas/Dosis	
Nombre cualquier enfermedad familiar que usted pueda haber heredado (ip.ej. Alta presión de la sangre, enfermedades del corazón):					
PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS	Yo doy mi permiso para que mi niño, que se nombre arriba, reciba los servicios SBHC (siglas en inglés) mientras que él o ella está inscrito en esta escuela, y para que el personal de SBHC tenga acceso al horario de clases de mi niño(a), (con el propósito de hacer citas únicamente). Yo entiendo que los servicios de SBHC son confidenciales, excepto en el caso de una situación que amenace su vida o cuando se necesiten servicios de emergencia y de acuerdo con la ley. Yo doy permiso a SBHC para intercambiar información pertinente con las personas apropiadas con el propósito de dar cuidados de salud, diagnóstico, tratamiento y servicios de consejería, así como para mantener la calidad y seguridad. Yo entiendo que los datos de salud que SBHC tenga son confidenciales y no serán compartidos a menos de que haya un permiso por escrito ya sea del estudiante y/o de sus padres o guardianes. Yo he recibido una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad HIPAA. Yo entiendo que la ley de Nuevo México no requiere el consentimiento de los padres para dar tratamiento o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo o anticonceptivos a menores de 18 años de edad, así como servicios de consejería para la conducta a menores de 14 años o más. A menos de que yo escoja retirar mi consentimiento por escrito, esta autorización continuará por el período total de				
	Signature of Parent/Guardian	Fecha			
	Firma del paciente, si tiene 18 años o más	Fecha			

Por favor lea la importante información en el reverso de este formulario.

Revised March 2013