

Información del paciente

Nombre	_____	Apellido	_____
Fecha de nacimiento	_____	Seguro Social	_____
Lenguaje primario	_____	Grado	_____
Dirección	_____	Ciudad, Estado	_____
Código postal	_____	Nombre de Escuela	_____
Identidad de género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Femenino a Masculino)		
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Masculino a Femenino) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rechazo a responder		
Raza (marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Rechaza a responder		
	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (Blanco) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativos de Hawái		
	<input type="checkbox"/> Las razas múltiples de los nativos americanos del Pacífico Islaner <input type="checkbox"/> Múltiples Razas <input type="checkbox"/> Rechazar a Responder		

Información de contacto del padre / tutor / emergencia

Primer Nombre	_____	Apellido	_____
Fecha de nacimiento	_____	Número de seguro social	_____
Teléfono de casa	_____	Teléfono móvil	_____
Dirección de correo electrónico del padre / tutor	_____	Relación	_____

Información de contacto Emergencia

Nombre del contacto de emergencia	_____	Relación	_____
Teléfono de casa	_____	Teléfono móvil	_____
Farmacia	_____	Dirección de farmacia	_____

Información del seguro: proporcione la siguiente información del seguro médico y dental que figura en el reverso de su tarjeta de seguro / medica

Seguro Primario	_____	Nombre del titular de la póliza	_____
Número de póliza	_____	Titular de la póliza	_____
Número de contacto de Primacy Insurance	_____	Fecha de nacimiento	_____
¿El paciente tiene seguro dental?	_____	Sí/No	_____
Seguro dental	_____	Nombre del titular de la póliza	_____
Número de póliza	_____	Fecha de nacimiento	_____
Número de contacto del seguro dental	_____		

Historial Médico / Alergias

¿El paciente tiene alguna condición médica?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Toma el paciente algún medicamento? (Incluyendo los inhaladores)	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene el paciente alguna alergia a alimentos, medicamentos o anestésicos locales?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Lleva el paciente un EPI-PEN a la escuela en caso de una reacción alérgica?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha tenido el paciente alguna lesión grave?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene el paciente un defecto de nacimiento o de corazón?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Tiene el paciente antecedentes de problemas cardíacos o cirugía?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha sido el paciente hospitalizado por más de una noche?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía en el pasado?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se le ha colocado al paciente alguna derivación o tiene un catéter permanente?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Fuma o mastica tabaco el paciente?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No

.Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor comente.

Historial dental

¿Algún dolor o problemas con los dientes?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Cualquier sangrado al cepillarse o usar hilo dental?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Ha tenido una limpieza dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Se necesita premedicación con antibióticos antes de los procedimientos dentales?	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No

Si respondió sí a cualquiera de los anteriores, por favor comente

Historial familiar

		Enfermedad	Relativo	Explique
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Diabetes, trastorno endocrino (tiroides)
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Cáncer
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Problema cardíaco, accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Trastorno de la sangre, incluida la anemia.
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Trastornos de coagulación
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Problemas respiratorios, incluido asma
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Enfermedad mental (ej. depresión)
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Problemas de alcohol / drogas
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Infecciones (TB / VIH / SIDA)
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Muerte antes de los 50 años
<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No	Otro

Proveedor de atención primaria

Nombre del proveedor de atención primaria _____ Direcciones _____

Teléfono _____ Fax _____

Consentimiento y firma del padre / tutor

Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS MÉDICOS EN EL CENTRO.	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS DENTALES EN EL CENTRO / N	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No
Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO EN EL CENTRO	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	No

Yo, el padre / tutor del estudiante, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios en el centro de salud escolar. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido por dos años, o hasta que proporcione al personal del centro de salud de la escuela un aviso por escrito de mi revocación. Toda la información de salud es confidencial. Al firmar el formulario de consentimiento, le da permiso al centro de salud de la escuela, a la enfermera escolar y al médico habitual de su hijo (si corresponde) para comunicarse y compartir información médica sobre la afección médica de su hijo según sea necesario con el entendimiento de que esta información continuará siendo tratada como confidencial. A ningún estudiante se le negará el acceso a los servicios de atención médica debido a la imposibilidad de pagar. Cuando esté disponible, se facturará al seguro o Medicaid. El centro de salud puede divulgar información sobre el tratamiento a terceros pagadores con fines de facturación. La confidencialidad entre el estudiante, los padres y el centro de salud está asegurada. Por ley, cierta información requiere el consentimiento firmado del estudiante antes de su divulgación a cualquier persona, incluidos los padres / tutores. El personal alentará a cada estudiante a involucrar a este / su padre / tutor en las decisiones de atención médica. Soy el tutor legal del niño mencionado anteriormente. Entiendo que si la tutela cambia, el tutor legal debe firmar un nuevo consentimiento. También entiendo que al proporcionar un contacto alternativo, si no se me puede localizar, la información médica sobre el niño mencionado anteriormente se compartirá entre el proveedor médico y el contacto alternativo.

FIRMA	FECHA
Primer Nombre	Relación