

Clínicas de Salud con base en la Escuela

(281) 628 2050

Nombre de la Escuela: _____ **Grado:** _____ **Estudiante Actual:** **Hermano del Estudiante Actual:**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del Estudiante :		Fecha de Nacimiento:		
	Calle:		N° de Apartamento:		
	Ciudad:		Código Postal:		
	Género: Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>		¿El estudiante es indigente? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		
	Raza: Blanco: <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio-Americano/Nativo del Alaska: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islaño del Pacífico: <input type="checkbox"/> Other/Otro: <input type="checkbox"/> No deseo reportar: <input type="checkbox"/>				
	Etnicidad: Hispano: <input type="checkbox"/> Non-Hispano: <input type="checkbox"/>				
¿El estudiante es paciente de Legacy Community Health? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>					
INFORMACIÓN DEL PADRE	1.Nombre del Padre o Apoderado:		Teléfono:	Teléfono –Alternativo:	Relación con el estudiante:
	2.Nombre del Padre o Apoderado:		Teléfono:	Teléfono –Alternativo:	Relación con el estudiante:
	Nombre del Contacto de Emergencia:		Teléfono:	Teléfono –Alternativo:	Relación con el estudiante:
	Correo electrónico del Padre o Apoderado:				
SEGURO	El estudiante está asegurado? Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>		Tipo de Seguro: Medicaid: <input type="checkbox"/> CHIP: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/>		
	Si el estudiante no está asegurado, puede contactar al personal de la clínica para que lo contacte con el departamento de elegibilidad para recibir ayuda sobre registros de seguro o calificación para tarifas escalables.		Nombre del Plan de Seguro:		
			N° de ID del Seguro:		Dirección de la Casilla Postal:

-Soy el padre con custodia o apoderado legal del menor aquí mencionado. Entiendo que no es necesario que asista a las citas pediátricas de mi hijo, pero puedo elegir hacerlo. Autorizo a la enfermera o médico en ejercicio a tratar a mi hijo en mi ausencia y, si es necesario, un adulto autorizado podrá acompañar a mi hijo para que reciba dichos servicios. El adulto autorizado puede ser un asistente médico, enfermera escolar, director, empleado administrativo o un adulto nombrado por uno de ellos.)


-Entiendo que debo estar presente en la cita inicial de los servicios de Terapia y en cada cita de Psiquiatría

-Autorizo y consiento que este menor reciba los siguientes servicios de Legacy Community Health y sus proveedores afiliados en virtud de los siguientes términos. Los servicios pueden incluir pero no están limitados a:

- Servicios de salud dictados por la escuela, incluyendo: evaluación de la vista (incluyendo lentes), del oído, asma, obesidad, escoliosis, tuberculosis u otras condiciones médicas, primeros auxilios e inmunizaciones requeridas y recomendadas.
- Exámenes físicos completos, incluyendo aquellos para la escuela, debido a los deportes, papeleo laboral y nuevas admisiones.
- Análisis de Laboratorio con prescripción médica tales como anemia, células falciformes y diabetes.
- Cuidado y tratamiento médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades crónicas y agudas así como la entrega y prescripción de medicamentos.
- Servicios de salud del comportamiento, incluyendo consejería, terapia, evaluaciones, diagnóstico, tratamiento y referencias.
- Servicios de Cuidado de la salud reproductiva, incluyendo anticonceptivos, pruebas de embarazo, descartes y tratamiento de ETS, prueba de VIH y referencias por resultados anormales, como la edad apropiada en virtud del Código de Familia de Texas.
- Educación y consejería sobre salud para la prevención de comportamientos riesgosos como: drogas, alcohol y abuso del Tabaco, así como educación para la prevención del embarazo, infecciones de transmisión sexual y VIH, en virtud de la idoneidad de la edad.

*Vea la información adjunta relacionada a los servicios de salud reproductiva y consentimiento paterno

Consentimiento para: Servicios Pediátricos: Servicios de Salud del Comportamiento:

 Firma del Padre o Apoderado: _____ Fecha: _____

He leído y entiendo los servicios anteriormente mencionados y consiento que mi hijo reciba cuidado, tratamientos médicos y pruebas de diagnóstico in situ que Legacy Community Health considere necesarias para mi hijo.

-Autorizo a la enfermera de la escuela/representante escolar, al (a los) departamentos de salud públicos locales, dentista, y/o proveedor médico para que obtengan los registros médicos completos de mi hijo, los cuales podrían incluir registro de vacunas, registros dentales, análisis de laboratorio, resultados de radiografía, estado de VIH y problemas de abuso de sustancias y de salud del comportamiento.

-Se proporcionará un resumen clínico en la mayoría de las visitas. Este resumen médico tendrá la información de salud personal de mi hijo, la cual incluye pero no está limitada a: el nombre del paciente, fecha de nacimiento, diagnóstico médico, medicinas y educación sobre la salud. Este resumen puede estar en el formato de una carta colocada en la mochila de mi hijo o enviada a través de correo postal y/o una llamada telefónica.


-Autorizo y acepto que los Servicios de Legacy Community Health sean facturados en mi representación o en representación de mi hijo y que se cobren pagos de cualquier seguro o pagador tercero que cubran los servicios prestados en favor de mi hijo. Si es necesario que nuestros proveedores de cuidado de salud profesional brinden más servicios, se realizará una referencia a la dirección y/o número telefónico del registro de este formulario de solicitud.

-Acepto los términos y la información anteriormente mencionada. Doy mi consentimiento por mi propia voluntad. Libero totalmente a la Escuela Pública KIPP/YES Prep School y a Legacy Community Health así como a sus Funcionarios, Directores, Miembros del Directorio, empleados y agentes (es decir, voluntarios, estudiantes) de cualquier y todo daño, pérdida, responsabilidad (conjunta o diversa), pago, obligación, penalidad, demanda, litigio, reclamo, defensa, juicio, proceso, petición, costo, desembolso o gasto de cualquier naturaleza que resulte relacionado a o que surja de la recepción de los servicios en favor de mi hijo.

-Entiendo que puedo recibir una factura por concepto de copago o coseguro

-Reconozco haber recibido notificación de prácticas de privacidad el día de hoy antes de firmar.

-He tenido la oportunidad de formular preguntas y éstas han sido respondidas en un idioma que entiendo. Además, acepto que me sujeto a los términos del presente consentimiento. Entiendo que este documento permanecerá en vigencia hasta que lo revoque por escrito. Además, entiendo que soy libre de revocarlo en cualquier momento.

 Firma del Padre o Apoderado: _____ Fecha: _____