



NOMBRE _____

ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____

CONSENTIMIENTO

Para que su hijo pueda recibir servicios con el HEALing Community Center y/o Chris 180 en la Escuela Elemental Hollis Innovation Academy, se debe llenar este formulario de consentimiento y obtener la documentación apropiada de seguro. Por favor llene todos los lados de este formulario de consentimiento. Por favor inicialice el área donde reconoce que recibió las políticas de Notificación de Privacidad de las clínicas.

Por medio de la presente, YO voluntariamente doy mi consentimiento para que _____
Nombre del Niño/a

reciba los servicios de salud, con HEALing Community Center y/o Chris 180 en Hollis Innovation Academy. YO, además autorizo a cualquier médico o profesional de salud designado por un médico que trabaje para la clínica, para proveer los exámenes médicos, procedimientos y tratamientos que sean razonablemente necesarios o aconsejables para la evaluación y manejo médico del cuidado de salud de mi hijo/a.

Yo entiendo que el firmar este consentimiento, le permite al médico y al personal clínico profesional del **HEALing Community Center y/o Chris 180 en Hollis Innovation Academy** ofrecer servicios integrales de salud **los cuales incluyen examen físico, de comportamiento y servicios de salud dental.** Yo autorizo exámenes dentales periódicos para mi hijo/a, los cuales puede incluir fotografías, radiografías, y cualquier otro método aceptable para la evaluación dental y manejo de la salud dental de mi hijo/a.

Yo autorizo la divulgación de información del expediente médico de mi hijo o hija al médico de familia o al proveedor de cuidado primario designado por mi cuando sea necesario para su cuidado incluyendo remisiones y/o servicios de emergencia. También autorizo a la Clínica para divulgar la información relacionada con el tratamiento a terceros responsables de pago tales como Medicaid u otros seguros con el propósito de facturación o para cualquier otra razón de acuerdo con prácticas médicas aceptables y conforme a la ley. Medicaid y otros seguros serán facturados por los servicios prestados. Cargos por servicios prestados a estudiantes que no tienen seguro serán basados en una escala móvil de acuerdo a los ingresos. **No se le negarán servicios a ningún paciente por su inhabilidad de pagar.**

Finalmente, Yo doy mi consentimiento de compartir la información de salud de mi hijo/a entre los enfermeros de la escuela y el centro de salud ubicado en la escuela para obtener la información necesaria para proveer el mejor cuidado de salud posible.

He leído y entiendo la información mencionada arriba y doy permiso para el cuidado de mi hijo/a según se describe. También entiendo que puedo obtener mayor información de los servicios de salud ofrecidos por la clínica contactando la clínica al **404-481-3794**. También entiendo que tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento con entregarle notificación escrita al director de la clínica.

Nombre del Paciente
(LETRA IMPRENTA)

Fecha de Nacimiento

Fecha

Padre o Tutor Legal
(LETRA IMPRENTA)

Padre o Tutor Legal
(POR FAVOR FIRME)

Fecha



NOMBRE _____

ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____

Por favor complete toda la información en este formulario de permiso. Debe **COMPLETARLO USANDO TINTA** cuando firme y ponga la fecha para que su hijo/a reciba los servicios de la Clínica De Salud. Es su responsabilidad notificarnos inmediatamente si hay cambios de dirección, números de teléfono o seguro.

Nombre del Paciente _____
Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo _____ Raza _____

Idioma Principal _____ Educación Especial/Remedial Si No

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Separado/a Desconocido

¿Consiente recibir textos? Si o no ¿Consiente Acceso al Portal del Paciente? Si o No Dirección de Correo Electrónico _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección _____ Apto.# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ País de Nacimiento _____

¿Tiempo en su dirección actual? ____ Años ____ Meses ¿Cuánto tiempo en su dirección anterior? ____ Años ____ Meses

Su vivienda actual es: ____ Permanente ____ Temporal ____ Refugio ____ Institución ____ Ninguna ____ Inestable ____ Acogida Temporal(Foster Care) ____ Otro

Quién vive con el estudiante: Nombre a todos los que vivan en el hogar incluyéndose a usted:

NOMBRE	RELACION	EDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Alguien en la casa fuma cigarrillos o usa productos del tabaco? Si o No

Nombre de Contacto en Caso de Emergencia _____ Relación con el Paciente _____
Número de Teléfono _____Nombre del Pariente más Cercano _____ Relación con el Paciente _____
Número de Teléfono _____

¿QUE TIPO DE SEGURO MEDICO TIENE ACTUALMENTE?

POR FAVOR PROPORCIONE PRUEBA DE SEGURO O PUEDE QUE SE LE HAGA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR LOS SERVICIOS PROVISTOS. POR FAVOR LISTE TODA COBERTURA DE SEGURO PARA LA CUAL SU HIJO/A ES ELEGIBLE.

Nombre del Titular de la Póliza/Garante _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Nombre del Seguro _____ Póliza # _____ Grupo # _____

Dirección del Seguro _____

Nombre del Seguro Secundario _____ Póliza # _____ Grupo# _____

Dirección del Seguro _____

____ No Tiene Seguro

Puede ser elegible a un seguro gratis. ¿Le interesaría que alguien le contactase para este seguro "gratis"? Si o No



NOMBRE _____

ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____

Historial General

¿El paciente tiene alguna alergia a medicinas, comidas y/o a algo más?

Lístelas aquí _____ Reacciones _____

Por Favor Liste los Nombres y las Dosis de las Medicinas que toma Diariamente

Nombre de la Farmacia _____ Número de Teléfono _____

¿Está Bajo Tratamiento por Algún Problema de Salud? ____ Si ____ No, si respondió sí, por favor explique _____

Especifique dónde recibió el tratamiento _____

¿Su hijo/a ha visto al doctor en el último año? ____ Si ____ No

Si respondió sí, ¿cuántas veces? Haga un Círculo: 1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces

¿Dónde? _____

¿Porqué? _____

¿Su hijo/a ha estado en la Sala de Emergencias de un Hospital en el último año? ____ Si ____ No

Si respondió sí, ¿cuántas veces? Haga un Círculo: 1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces

¿Dónde? _____

¿Porque? _____

¿Su hijo/a ha estado hospitalizado/a en el último año? ____ Si ____ No

¿Dónde? _____

¿Porque? _____ Por cuánto tiempo _____

¿A dónde lleva a su hijo/a para su cuidado primario/cuidado de rutina y para cuidado Agudo/Emergencias/Citas cuando está enfermo/a?

En las columnas de abajo marque las que correspondan y llene los nombres, direcciones y números de teléfono.

	CLINICA O DOCTOR PRIVADO	CLINICA AMBULATORIA DE HOSPITAL	NOMBRE / DIRECCION/ NUMERO DE TELEFONO
CUIDADO PRIMARIO/CAIDADO RUTINARIO			
CUIDADO AGUDO EMERGENCIA VISITAS CUANDO ESTA ENFERMO/A			

Historial Familiar

Por favor especifique quien tiene o ha tenido cualquiera de las enfermedades que están en la lista de abajo usando las siguientes abreviaciones.

(Madre-M, Padre-F, Hermano-B, Hermana-S, Abuela-GM, Abuelo-GF, Tía-A, Tío-U)

QUIEN	QUIEN
Asma _____	Problemas del Corazón _____
Alergias _____	Presión Alta _____
Defectos de Nacimiento _____	Problemas de Riñón/Vejiga _____
Trastornos de Sangre/Anemia _____	Enfermedades de los Pulmones _____
Cáncer _____	Tuberculosis _____
Tumores _____	Convulsiones _____
Fibrosis quística _____	Enfermedad Mental/Retardo _____
Diabetes (antes de los 40) _____	Enfermedad/debilidad muscular _____
Muerte Temprana en la Infancia _____	Muerte Antes de los 50 _____
Trastornos de Oídos/Ojos _____	¿No hay historial familiar de las enfermedades anteriores? _____



NOMBRE _____

ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____

CHILD'S MEDICAL HISTORY

HISTORIAL DE ENFERMEDADES

Alergias _____ Si ___ No
Alergia a medicinas _____ Si ___ No
Anemia _____ Si ___ No
Asma _____ Si ___ No
Otros Problemas Respiratorios _____ Si ___ No
Úlceras Estomacales _____ Si ___ No
Dolor Abdominal _____ Si ___ No
Estreñimiento/Diarrea _____ Si ___ No
Problemas Digestivos Serios _____ Si ___ No
Varicela _____ Edad _____ Si ___ No
Problemas de Oído _____ Si ___ No
Infecciones de Oído _____ Si ___ No
Audífono _____ Si ___ No
Problemas de los Ojos _____ Si ___ No
Usa Anteojos _____ Si ___ No
Abuso Físico/Sexual _____ Si ___ No
Episodios de Desmayo/Noqueado _____ Si ___ No
Dolor de Garganta Frecuente _____ Si ___ No
Dolores de Cabeza _____ Si ___ No
Soplo en el corazón _____ Si ___ No
Problemas del Corazón _____ Si ___ No
Presión Alta _____ Si ___ No
Problemas de Tiroides _____ Si ___ No
Diabetes _____ Si ___ No
Hepatitis _____ Si ___ No
Accidentes (grandes) _____ Si ___ No
Problemas Musculo esqueléticos _____ Si ___ No
Huesos Partidos _____ Si ___ No
Problemas Al Caminar _____ Si ___ No
Problemas de Riñón/Tracto Urinario _____ Si ___ No
Resfriados Frecuentes _____ Si ___ No
Problemas de Pulmones _____ Si ___ No
Meningitis _____ Si ___ No
Menstruación Empezó _____ Edad _____ Si ___ No
Problemas Menstruales _____ Si ___ No
Nacimiento Prematuro _____ Peso _____ Si ___ No
Obeso _____ Si ___ No
Brotes en la Piel _____ Si ___ No
Acné Grave _____ Si ___ No
Enfermedad de Células Falciformes _____ Si ___ No
Rasgo de Célula Falciforme _____ Si ___ No
Otros Trastornos de Sangre _____ Si ___ No
Convulsiones/Epilepsia _____ Si ___ No
Problemas de Habla _____ Si ___ No
Tuberculosis _____ Si ___ No
Cáncer _____ Si ___ No
Otro _____ Si ___ No

SALUD CONDUCTUAL

Problemas de Alimentación _____ Si ___ No
Chuparse el Dedo _____ Si ___ No

SALUD CONDUCTUAL(Cont'd)

Pesadillas _____ Si ___ No
Mojar la Cama _____ Si ___ No
Problemas de Disciplina _____ Si ___ No
Sobreactividad/Hiperactividad _____ Si ___ No
Timidez _____ Si ___ No
Problemas para Dormir _____ Si ___ No
Desarrollo lento _____ Si ___ No
Dificultad de Aprendizaje _____ Si ___ No
Fumador _____ Si ___ No
Alcohol _____ Si ___ No
Inhalantes _____ Si ___ No
Otras Drogas _____ Si ___ No
Depresión _____ Si ___ No
Otros Problemas de Comportamiento _____ Si ___ No
Otros Problemas Mentales _____ Si ___ No
Otro _____ Si ___ No
Explique cualquier problema de comportamiento o mental mencionado _____

POR FAVOR ESCRIBA SUS PREOCUPACIONES ACTUALES:

***Explique todas las enfermedades marcadas con Si:

DENTAL

Problemas Dentales _____ Si ___ No
Embarazada _____ Si ___ No
SIDA/VIH _____ Si ___ No
Fiebre Reumática _____ Si ___ No
Hemofilia _____ Si ___ No
Bajo peso _____ Si ___ No
¿Cuándo fue la última visita dental de su hijo/a?

¿Con que frecuencia su hijo/a se cepilla los dientes?
___ Ocasionalmente ___ Una vez al día ___ Dos veces al día ___ Otro

¿Su hijo/a ha tenido dolor de dientes recientemente? ___ Si ___ No

¿Su hijo/a se ha lastimado sus dientes o mandíbula? ___ Si ___ No

¿Su hijo/a tiene el hábito de chupar dedo?

En General, ¿cómo ha sido la experiencia de su hijo/a con el dentista?
___ Buena ___ Mala ___ Muy Mala
___ No ha tenido experiencia (primera visita de su hijo/a)



NOMBRE _____

ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____

Formulario de Divulgación de Información Médica (Formulario de Divulgación HIPAA)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Divulgación de la Información

Yo autorizo la divulgación de la información que incluye diagnóstico, expedientes, exámenes que se me realizaron e información de reclamos. Esta información le puede ser divulgada a:

- ☐ Cónyuge _____
☐ Hijo/a(s) _____
☐ Otros familiares _____
☐ La información no se le puede divulgar a nadie.

Esta Divulgación de Información permanecerá en efecto hasta que yo la termine por escrito.

Mensajes

Por favor llame a

- ☐ Mi casa: _____
☐ Mi trabajo: _____
☐ Mi número celular: _____
☐ Otro número: _____

Si no me pueden conseguir:

- ☐ Pueden dejar un mensaje detallado
☐ Por favor dejen un mensaje pidiendo que les devuelva la llamada
☐ Otro _____

El mejor día para conseguirme es _____ entre _____ am/pm & _____ am/pm

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

Testigo: _____ Fecha: ____/____/____

Yo entiendo que al **HEALing Community Center y/o Chris 180 en Hollis Innovation Academy** le está permitido divulgar la información protegida de salud de mi hijo/a para propósitos de pago, continuidad de su cuidado o tratamiento, y operaciones de cuidado de salud. Si la información protegida de salud de mi hijo/a incluye cualquier registro que contiene información relacionada con el tratamiento de una enfermedad infecciosa (incluyendo SIDA), abuso de drogas o alcohol y/o enfermedades mentales. Por medio de la presente doy consentimiento para que estas clínicas divulguen esta información solo cuando sea razonablemente necesario para lograr los propósitos descritos arriba, y renuncio a cualquier privilegio con respecto a esa divulgación. Yo también entiendo que puedo retirar mi consentimiento de divulgación de esa información en cualquier momento excepto a las acciones que alcanzaron a tomarse basadas en ese consentimiento.

HE RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD DE LAS CLÍNICAS DE SALUD HEALing Community Center y/o Chris 180 en la Escuela Hollis Innovation Academy.

(POR FAVOR PONGA SUS INICIALES)

(FECHA)



NOMBRE _____

ESCUELA _____

MAESTRO/A _____ GRADO _____