

## School-Based Health Center Patient Information Form

<b>Sección I: Información de Paciente/Estudiante</b>			
Número de Seguro Social:			
Nombre del Paciente/Estudiante:			
Fecha de Nacimiento:	Género (sexo): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado:	Escuela:
Dirección del paciente:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono de Celular:	Teléfono de trabajo:	
Raza: (Si su etnicidad es hispano/latino, favor de seleccionar blanco o negro) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Negro <input type="checkbox"/> Asiático			
<input type="checkbox"/> Indio Americano O Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otra			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro			
<b>Sección II: Padre/Tutor Legal</b> -Información de la persona responsable por la cuenta (si acaso es diferente a la del paciente)			
Nombre:		Relación del paciente al Padre:	
Fecha de Nacimiento:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Desconocido			
Raza: (Si su etnicidad es hispano/latino, favor de seleccionar blanco o negro) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Americano Negro <input type="checkbox"/> Asiático			
<input type="checkbox"/> Indio Americano O Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otra			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro		Usted es un trabajador migrante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección del casa Padre/Tutor Legal:			
<b>Sección III: Contactos de Emergencia</b>			
Nombre:		Teléfono:	
<b>Sección IV: Información del Seguro Médico:</b> Favor de proporcionar una copia de la tarjeta de seguro médico de su niño			
Tipo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> No Seguro			
Nombre de la compañía de seguro			
Numero de Identificación de reclamo:		Numero de grupo:	
Nombre de quien está el seguro:			
* Necesitamos documentos que sirven como pruebas de sus ingresos para aquellos que tienen <u>seguro médico privado o ningún seguro médico</u> dentro de 10 días para que cualquiera factura del paciente puede ser cobrada con la escala móvil de honorarios. Llame al Centro de Salud Escolar si tiene alguna pregunta.			
<b>Sección V: Farmacia</b>			
Nombre de Farmacia:		Ubicación de la Farmacia:	
<b>Sección VI: Historial Medico</b>			
Quien es el médico regular del niño/a:			<input type="checkbox"/> Mi niño/a no va a un doctor
Su niño/a ha tenido un físico en el año pasado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Tiene su niño/a un dentista regular: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Su niño/a tiene alergia a algún comida o medicamento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N *Si es así:			
Toma su niño/a algún medicamento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Si es así:			
Ha tenido un <b>herido serio</b> o ha tenido que pasar <b>una noche</b> en el hospital: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
*Si es así, describe:			
Ha tenido su niño/a uno de los siguientes (por favor marque): <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado			
<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno emocional <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón <input type="checkbox"/> Alta presión			
<input type="checkbox"/> Problemas del riñón <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Problemas del estómago			
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides <input type="checkbox"/> Otro que no esté en la lista:			

Doy permiso para que mi hijo, \_\_\_\_\_ reciba servicios de cuidado de salud proporcionado por el personal, y personal contratado, incluyendo las vacunas requeridas y vacunas contra la gripe, en el Centro de Salud Escolar y compartir información de salud apropiada entre sí, con el proveedor que escribió arriba, con la enfermera escolar, y con otro personal escolar cuando puede beneficiar el ambiente educacional del niño. Yo entiendo que este formulario de consentimiento será vigente hasta que mi hijo se vaya/se gradúe o hasta que yo proporcione indicaciones escritas al contrario. Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para tramitar el seguro médico y pago de beneficios médicos por servicios proporcionados.

**\*Firma de Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_