



Teen Health Center, Inc.

Providing free medical and mental health care to Galveston County youth since 1985

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ (Mes/Día/Año) Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Escuela: _____ Grado: _____

Origen étnico: ___ Hispano ___ Negro ___ Blanco ___ Indígena Norteamericano ___ Asiático/Islas del Pacífico _____
Otro _____

Domicilio del estudiante: _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal

¿Quién es el médico regular del estudiante?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

DATOS DE PADRE/GUARDIAN Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido de la Madre: _____ Primer Nombre: _____

Apellido del Padre: _____ Primer Nombre: _____

Guardián (si corresponde) Relación con el paciente: ___ Abuelo(a) ___ Tía o Tío ___ Otro: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Información de contacto de los padres o guardián: (Importante!!!! Provea información lo más que pueda, para poder comunicarnos con usted acerca de la salud de su hijo(a)):

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Contacto Adicional de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

¿Su hijo(a) tiene Medicaid?
___ No ___ Si: Medicaid ID # _____

¿Su hijo(a) tiene otro seguro?
___ No ___ Si: Nombre _____
Número de cobertura: _____

¿Tiene su hijo(a) Child Health Insurance Plan? ___ No ___ Si: CHIP # _____

HISTORIA MÉDICA PERTINENTE

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia a medicamentos?

No Si

Si es así, por favor describa:

Por favor, indique los medicamentos que recibe su hijo(a):

¿Su niño/a tiene alergias, sensibilidad o reacciones a sustancias, como los alimentos, el moho, el polen, la caspa de animales, el polvo o los insectos? _____ No Si

¿Su hijo/a tiene asma? _____ No Si

¿Su hijo/a ha tenido una convulsión? _____ No Si

¿Su hijo/a tiene diabetes? _____ No Si

¿Su hijo/a tiene alguna condición cardíaca conocida? _____ No Si

¿Su hijo/a ha tenido que pasar la noche en el hospital? _____ No Si

¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? _____ No Si

¿Su hijo/a ha sufrido algún trauma o lesión grave? _____ No Si

¿Su hijo/a ha tenido problemas de salud mental? _____ No Si

¿Su hijo/a tiene otros problemas de salud? _____ No Si

Por favor, explique las respuestas afirmativas:

SALUD DE LA FAMILIA Y HISTORIA SOCIAL

¿Algún miembro de su familia ha tenido enfermedades al corazón antes de los 50 años? _____ No Si

¿Algún miembro de la familia tiene la Tuberculosis (TB)? _____ No Si

¿Ha habido problemas de salud mental en la familia? _____ No Si

¿Hay algún miembro de la familia que fuma tabaco en el hogar? _____ No Si

Por favor, explique las respuestas afirmativas:

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS ESPECÍFICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Por favor de completar:

- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE una) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir servicios que incluyen: exámenes físicos de rutina, el programa de peso /acondicionamiento físico, prueba de la vacuna tuberculina, vacunas, manejo de enfermedades y lesiones menores, incluyendo pruebas de laboratorio y medicamentos, y educación general para la salud.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE una) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir consejería para el tratamiento de la salud mental y problemas de desarrollo, esto puede incluir la evaluación, diagnóstico, y si es necesario, recomendaciones.

- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE una) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir medicamentos para el tratamiento de la salud mental y problemas de desarrollo, esto puede incluir la evaluación, diagnóstico, y si es necesario, recomendaciones. El servicio puede ser proveído por la telemedicina. El padre o madre debe estar presente para que el niño(a) reciba medicamentos.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE uno) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación de familia, anticonceptivos (para estudiantes de preparatoria y mayores de edad), y condones.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE uno) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir consejería y pruebas para el virus VIH/SIDA.

PERMISO PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO-ESCOLAR

Yo he leído y entendido los servicios mencionados anteriormente. Mi firma da consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios que circule proveídos por el Teen Health Center. Entiendo que la confidencialidad entre el estudiante y el profesional de salud se llevará a cabo en áreas de servicio específicas de conforme con la ley, y que los estudiantes se les animarán para que sus padres o guardianes participen en las decisiones médicas y de consejería. Teen Health Center trabaja en colaboración con hospitales y universidades. Puede haber momentos en que los estudiantes (por ejemplo, estudiantes de medicina, residentes, estudiantes graduados) participen en la atención del paciente. Las mismas políticas de HIPAA se aplican a estos alumnos y se mantendrá la confidencialidad. Yo entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante y decida que mi hijo(a) no reciba servicios proveídos por el Teen Health Center. Si en caso que cambie de opinión, dejare que sepa el Teen Health Center por escrito. Yo entiendo que esta forma de permiso sigue siendo válida hasta que el Teen Health Center reciba una revocación por escrito de mí parte. NOTA: Por ley, el consentimiento de padres no es requerido o necesario para la aplicación de tratamiento urgente/emergente de primeros auxilios y de la provisión de servicios de salud donde el estudiante se encuentre en peligro. Consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes que tengan 18 años o más, o para los estudiantes que están legalmente emancipados.

En caso de una situación de emergencia, estoy consciente que sería necesario para el Teen Health Center, Inc. de compartir información médica de mi hijo(a) al distrito escolar (por ejemplo el Distrito Escolar de Galveston) donde se aloja la clínica de mi hijo(a). Este intercambio de información es para proteger la salud y la seguridad de mi hijo(a). También estoy en cuenta que el Teen Health Center, Inc. puede compartir información con la enfermera de la escuela para asegurar que las vacunas de mi hijo(a) están actualizadas. Se requiere una autorización separada para el intercambio de información médica adicional. Entiendo que esta información será confidencial conforme con las leyes federales y estatales.

La Notificación de Prácticas de Privacidad de Teen Health se entregará a los pacientes en su primera cita, estará disponible en cualquier momento a solicitud, públicamente es publicada en todas las clínicas y está disponible para descargar en www.teenhealthcenter.org. Mi firma indica que estoy consciente de que la información de salud de mi hijo(a) puede ser divulgada como se indicó anteriormente y que me han dado la oportunidad de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad.

X _____
Firma del padre/guardián legal

Fecha

Casilla de verificación si no desea recibir información a través del correo electrónico o correo regular del Teen Health Center, Inc.