



Teen Health  
Center, Inc.

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA) Sexo: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Origen étnico: \_\_\_ Hispano \_\_\_ Negro \_\_\_ Blanco \_\_\_ Indígena Norteamericano \_\_\_ Asiático/Islas del Pacífico \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién es el médico regular del paciente?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

¿Tiene Medicaid?  
\_\_\_ No \_\_\_ Si: Medicaid ID # \_\_\_\_\_

¿Tiene otro seguro?  
\_\_\_ No \_\_\_ Si: Nombre \_\_\_\_\_  
Número de cobertura: \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA PERTINENTE

¿Tiene alguna alergia a medicamentos?

\_\_\_ No \_\_\_ Si

Si es así, por favor describa:

---

---

---

Por favor, indique los medicamentos que recibe:

---

---

---

¿Usted 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

¿Usted tiene asma? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted ha tenido una convulsión? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted tiene diabetes? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted tiene alguna condición cardíaca conocida? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted ha tenido que pasar la noche en el hospital? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted ha tenido alguna cirugía? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted ha sufrido algún trauma o lesión grave? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted ha tenido problemas de salud mental? \_\_\_\_\_ No Si

¿Usted 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 su familia tiene la Tuberculosis (TB)? \_\_\_\_\_ No Si

¿Ha habido problemas de salud mental en su familia? \_\_\_\_\_ No Si

¿Hay algún miembro de su 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:

- **Si o No** (Por Favor Circule Uno) – Yo doy mi consentimiento para recibir 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.
- **Si o No** (Por Favor Circule Uno) – Yo doy mi consentimiento para recibir consejería para el tratamiento de la salud mental y problemas de desarrollo, esto puede incluir la evaluación, diagnóstico, y si es necesario, recomendaciones.
- **Si o No** (Por Favor Circule Uno) – Yo doy mi consentimiento para 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.
- **Si o No** (Por Favor Circule Uno) – Yo doy mi consentimiento para recibir consejería y pruebas para el virus VIH/SIDA.
- **Si o No** (Por Favor Circule Uno) – Yo doy mi consentimiento para recibir servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación de familia, anticonceptivos, y condones.

## PERMISO PARA SERVICIOS ESCOLARES BASADOS EN EL CENTRO DE SALUD

Yo he leído y entendido los servicios mencionados anteriormente. Mi firma da consentimiento para que reciba los servicios que circule proveídos por el Teen Health Center. Entiendo que la confidencialidad entre el paciente y el profesional de salud se llevará en cambio conforme con la ley. 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. En caso de una situación de emergencia, estoy consciente que sería necesario para el Teen Health Center, Inc. de compartir mi información médica al distrito escolar (por ejemplo el Distrito Escolar de Galveston) donde se aloja la clínica adónde yo voy. Este intercambio de información es necesario para proteger mi salud y mi seguridad. También estoy en cuenta que el Teen Health Center, Inc. puede compartir información con la enfermera de la escuela para asegurar que mis vacunas 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](http://www.teenhealthcenter.org). Mi firma indica que estoy consciente de que mi información de salud puede ser compartida como se indicó anteriormente y que me han dado la oportunidad de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

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