



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

Permiso

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.

Prestación de servicios

Entiendo que dependiendo de las circunstancias, mi proveedor de atención médica puede optar por prestar servicios a través de visitas presenciales o visitas de telesalud. Si los servicios se prestan a través de la telesalud, mi proveedor de atención médica me explicará los beneficios y los riesgos.

Confidencialidad

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.

Intercambio de información

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. 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.