

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

## Detalles del Estudiante/Paciente

INFORMACIÓN del Estudiante/Paciente

Apellido		Primer Nombre			M.I.
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Teléfono Principal ( )		Correo Electrónico			
Número de Teléfono Secundario ( )		Etnicidad: <input type="checkbox"/> HISPANA <input type="checkbox"/> NO HISPANOS			
Género	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social		RAZA	
				<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> INDIO Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico	
Padre Guardián		el Parentesco		Fecha de nacimiento	NÚMERO de teléfono ( )
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Nombre de Contacto de emergencia		el Parentesco		Fecha de nacimiento	NÚMERO de teléfono ( )

SEGURO de Estudiante/Paciente

SEGURO PRIMARIO	NÚMERO de identificación	NÚMERO de grupo
NÚMERO de teléfono de la compañía de seguros ( )	NOMBRE del titular de la póliza	
TITULAR de la póliza número de seguro SOCIAL	FECHA de nacimiento del titular de la póliza	EMPLEADOR del titular de la póliza
SEGURO secundario	NÚMERO de identificación	NÚMERO de grupo
NÚMERO de teléfono de la compañía de seguros ( )	NOMBRE del titular de la póliza	
TITULAR de la póliza número de seguro SOCIAL	FECHA de nacimiento del titular de la póliza	EMPLEADOR del titular de la póliza

\*\*\*POR favor, suministre una copia de las tarjetas de seguro (adelante y atrás)\*\*\*

**NO TENGO SEGURO**      INGRESO familiar anual \$ \_\_\_\_\_      NÚMERO en el hogar \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO médico y divulgación de información

NOMBRE del paciente		Fecha de nacimiento		
NOMBRE del contacto de emergencia		el Parentesco	NÚMERO de teléfono ( )	FECHA de agregado
				FECHA de eliminación

### AUTORIZACIÓN de tratamiento médico para menores (17 años y menores)

EN ausencia de un padre o guardián LEGAL, la siguiente persona (S) tiene la autoridad para AUTORIZAR atención médica para el menor nombrado

Nombre	el Parentesco	NÚMERO de teléfono ( )	FECHA de agregado	FECHA de eliminación
		( )		

### AUTORIZACIÓN para la divulgación de información médica

Autorizo que mi información médica sea LIBERADA a las siguientes personas:

Nombre	el Parentesco	NÚMERO de teléfono ( )	FECHA de agregado	FECHA de eliminación
		( )		

# HISTORIA clínica del estudiante/paciente y de la familia

Nombre del estudiante/paciente	Fecha de Nacimiento

## HISTORIA clínica del estudiante/paciente

NOMBRE del médico	NÚMERO de teléfono del médico	NOMBRE de la farmacia
	(    )	
FECHA del último examen físico/bienestar		NÚMERO de teléfono de farmacia (    )

## INFORMACIÓN de salud del estudiante/paciente

¿Es el estudiante/paciente alérgico o ha tenido una reacción a:	SÍ	NO
Cualquier alimento (incluyendo intolerancia a la lactosa)		
Cualquier medicamento (penicilina u otros antibióticos)		
Látex		
Por favor explique cualquier alergia:		
¿El estudiante/paciente está tomando algún medicamento ahora (incluyendo inhaladores)? En caso afirmativo, sírvase enumerar:		
¿Ha tenido el estudiante/paciente alguna lesión seria o relacionada con deportes?		
¿Ha sido hospitalizado el estudiante/paciente alguna vez durante la noche? En caso afirmativo, fechas de hospitalización:		
¿Ha tenido el estudiante/paciente alguna cirugía en el pasado?		
¿Ha habido algún cambio de salud en el último año?		
¿Tiene el estudiante/paciente algún problema cardíaco, como el corazón murmur o defecto congénito?		
¿El estudiante/paciente fuma?		
¿Está la estudiante/pacienla embarazada o posiblemente embarazada?		
¿La estudiante/pacienla está amamantando?		
¿Hay algo más que usted piensa que nuestro personal debe saber antes de tratar al estudiante/paciente?		

¿Alguno de los parientes de sangre de los estudiantes/pacientes (padres, abuelos, tíos, hermanos o hermanas), vivos o difuntos, tuvo alguno de los siguientes problemas?

Condición	SÍ	NO
Alcoholismo		
Alergias / Asma		
Ansiedad / Depresión		
Defectos de nacimiento		
Trastornog de la Sangre		
Cáncer		
Tipo:		
Diabetes		
Enfermedad endocrina / glándula		
Alta presion sanguinea		
Colesterol alto		
Enfermedad del riñon		
Trastorno mental		
Obesidad		
Siezure / Epilepsia		
Anemia falciforme		
De fumar		
Ataque cardíaco o apoplejía		
En caso afirmativo:		
<input type="checkbox"/> antes de los 55 años	<input type="checkbox"/> después de los 55 años	

## ¿Ha tenido el estudiante/paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Condición	SÍ	NO	Condición	SÍ	NO	Condición	SÍ	NO
CPAP			inSuficiencia cardíaca congestiva (CHF)			trastorno mental		
BIPAP			enfermedad arterial coronaria			Problemas musculares, articulares o óseos		
TDAH			Depresión			Obesidad		
SIDA/VIH			Diabetes/Hepatitis			Osteoporosis		
Alergias			Problemas de oído o audición			Otro		
Anemia			Problemas GI			Embolia pulmonar		
Trastorno de ansiedad			Gout			reflujo / gerd		
Artritis			Dolores de cabeza			Convulsiones / epilepsia		
Asma			Colesterol alto			Problemas de la piel		
Enfermedad de la sangre			Hipertensión			derrame cerebral		
problema del seno			enfermedad del riñon			problemas tiroideos		
EPOC			CÁLCULOS RENALES			Tuberculosis		
CÁNCER			Enfermedad del hígado			Problemas urinarios		
Problema cardíaco			Enfermedad pulmonar			Problemas visuales o oculares		

Otros problemas de salud o, si la respuesta es SÍ, a cualquiera de los anteriores, explique con más detalle:

--

EXCLUSIVAMENTE PARA USO OFICIAL

Firma del proveedor	FECHA

POR favor marque sí o NO después de cada declaración y luego inicial	SÍ	NO	INICIAL
<p align="center"><b>Consentimiento para el tratamiento</b></p> <p>Yo, (nosotros) el abajo firmante, por la presente consiente y autoriza el funcionamiento de todas las pruebas, tratamientos, procedimientos y a la administración de todos los medicamentos que en el juicio de mi proveedor pueden ser considerados necesarios o recomendables. El abajo firmante, habiendo leído y expresado la comprensión de este documento por la firma abajo, acuerda por este medio ser tratado médicamente por PCHD.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<p>Certifico que la información proporcionada es exacta al mejor de mi conocimiento. Me entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para el estudiante/ La salud del paciente. Me comunicaré con el personal de salud basado en la escuela Si alguna parte de la historia medica cambia.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<p>Estoy de acuerdo en que se pueden dejar mensajes para mi en el número de teléfono proporcionado en la sección de información del estudiante/paciente de este formulario.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<p>He recibido una copia de la política de derechos de los pacientes de PCHD.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<p><b>Autorización de seguro privado para asignación de beneficios/liberación de información:</b> Yo, el abajo firmante autoriza el pago de beneficios médicos a PCHD para cualquier servicio me lo proporcionó el médico. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad que no esté cubierto por mi seguro. También le autorizo a que libere a mi compañía de seguros o a su agente información sobre atención de salud, asesoramiento, tratamiento de suministros que me proporcionó. Esta información se usará con el propósito de evaluar y administrar las reclamaciones de beneficios.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Autorización para el intercambio de información de salud:**

El proveedor de atención primaria de mi hijo es: \_\_\_\_\_

Esta autorización es válida hasta que revocar esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que los registros de salud si son recibidos por el distrito escolar no pueden estar protegidos por las reglas de la política de privacidad de HIPPA, sino que se convertirán en registros escolares protegidos por la ley de privacidad y derechos de la educación familiar (FERPA). Estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización es tan válida como el original.

**Al firma abajo, yo entiendo y reconozco lo siguiente:**

- 1) he leído y entiendo este consentimiento; Y
- 2) he recibido la notificación de prácticas de privacidad de PCHD actualmente vigentes.
- 3) acepto la responsabilidad por el pago de los cargos incurridos por cualquier servicio prestado a mí o a mis dependientes.



FIRMA del padre o guardián LEGAL	FIRMA del paciente (si sobre 18)	
NOMBRE de la impresión		Fecha