



**Información adicional:**

¿Habla inglés?  Sí  No Si usted **No habla inglés**, ¿Qué idioma habla? \_\_\_\_\_

**Raza:**  Amerindio/Nativo de Alaska  Hispano o Latino (todas las razas)  
 Asiático  Isleño del pacífico  
 Negro  Blanco (que no es Hispano o Latino)  
 Hawaiano  Otra raza (especifique): \_\_\_\_\_

**Origen étnico:**  Hispano/Latino  No es Hispano/Latino

¿Tiene hogar permanente (casa, apartamento, etc.)?  Sí  No

Si no tiene hogar, ¿Dónde pasó la noche?  Albergue  Calle  Amigos/Parientes  Otro lugar:

**Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del pagador**

Acepto la responsabilidad económica de todos los gastos relacionados con los servicios prestados por Falls Community Health (FCH). Acepto que FCH facturará y proporcionará la información médica necesaria a cualquier pagador. El **“pagador”** es cualquier seguro médico ya sea privado o gubernamental o póliza de seguro que yo tenga o terceros que pagará los gastos que he incurrido. Doy mi autorización para que FCH presente el cobro y solicite pagos directos a beneficio de FCH.

**Permiso para proporcionar tratamiento e intercambio de información de parte de FCH**

Doy permiso para que se administre: exámenes, tratamientos, exámenes de diagnóstico y medicamentos que cualquier médico en FCH sienta sea necesario para la salud del niño.

Acepto que no me han proporcionado ninguna garantía y sé que tengo el derecho a preguntar al médico o a las enfermeras respecto al tratamiento o examen del niño.

Autorizo a FCH para que únicamente divulgue la información confidencial del niño en casos de: tratamientos, pagos, o funciones de atención médica. FCH puede compartir información médica con el distrito escolar de la ciudad de Sioux Falls para coordinar dichos cuidados.

Doy el permiso para la evaluación de enfermería, supervisión de la salud, vacunaciones y divulgación de información tal como se ha indicado al distrito escolar de la ciudad de Sioux Falls.

**Aviso de las prácticas de privacidad-** Me han ofrecido una copia de dichas prácticas de esta oficina.

**Intercambio de información por parte del distrito escolar**

Los derechos educativos de la familia y la ley de privacidad (**FERPA, por sus siglas en inglés**) es una ley federal que protege la privacidad de la información personal del estudiante que las agencias e instituciones educativas tienen guardada.

Doy permiso al distrito escolar de la ciudad de Sioux Falls para el intercambio de información que identifica al estudiante con Falls Community Health. Esta información será únicamente utilizada para coordinar el cuidado médico con FCH. La información intercambiada estará limitada a demografía, condición de asegurado e historial médico.

**Autorización**

Firma del padre/ madre/tutor o persona autorizada

Nombre en imprenta y parentesco

Fecha