

FOR OFFICE USE ONLY

Entered into Playground _____

Scanned into EHS _____

Scanned into Dentrix _____



CLÍNICA ESCOLAR // INFORMACIÓN DEL PACIENTE

****Llene ambos lados del formulario y firmelo al dorso****

Hawthorne

Hayward

Terry Redlin

¿Le gustaría que el niño reciba atención médica en la clínica escolar?

Quiero que el niño reciba atención médica en la clínica Falls Community Health.

Sí No

Quiero que el niño reciba atención dental en la clínica Falls Community Health.

Sí No

Si es necesario, el niño puede ser transportado a la clínica FCH principal localizada en 521 North Main Avenue.

Sí No

La autorización es válida hasta que el niño ya no asista a la escuela donde está matriculado.

Información del paciente:

Nombre: _____
apellido nombre de pila segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ Madre: _____ Padre: _____

Género: Masculino Femenino Núm. de seguro social: _____ Grado _____

Dirección: _____
calle núm. de apto. ciudad estado código postal

Número de teléfono: _____ (Residencial) _____ (Móvil) Correo electrónico: _____

Nombre de la persona en caso de emergencia: _____ Teléfono _____

Mencione cualquier enfermedad o problema de conducta:

Apunte cualquier medicamento: _____

¿A qué farmacia enviamos sus recetas? _____

Mencione las alergias: _____

Seguro médico:

Persona responsable:

(Jefe de familia/Garante) apellido Nombre de pila Segundo nombre Fecha de nacimiento

Medicaid/seguro médico Sí No Núm. de póliza.: _____ Núm. de grupo.: _____

Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro dental Sí No Núm. De póliza.: _____ Núm. de grupo.: _____

Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Basado en el ingreso familiar, pueda que usted reúna los requisitos para recibir un descuento en los servicios. Le pedimos que se comunique con la oficina de cobros para que reciba más información de cómo solicitar dicho descuento.

****Firme al dorso****

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