



Pueblo Community Health Center

CENTRO DE SALUD ESCOLAR FORMULARIO DE INFORMACION DEL PACIENTE

Escriba en letra de Molde (Un formulario por estudiante)

Nombre del Estudiante (Paciente) _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Seguro social _____ - _____ - _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Tel. De Casa _____ Sexo (circule) M F Grado _____ Escuela _____
 Padre/Tutor _____ Fecha de Nacimiento _____ Relación al Estudiante _____ Tel. Casa/Trabajo _____ Correo Electrónico _____
 Contacto en caso de Emergencia _____ Tel. _____ Relación al Estudiante _____
 Doctor de Cabecera/Clinica: _____ Tel. _____

Información del Garante (Persona Responsable por la Cuenta/Servicios)

Complete si no es el Padre/Tutor

Nombre Legal: Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2º Nombre _____
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social _____ - _____ - _____ Relación al Paciente: _____
 Domicilio : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Tel: Casa: (____) _____ - _____ Cel.: (____) _____ - _____
 Empleador: _____ Tel de Trabajo: (____) _____ - _____

Información del Seguro (Favor de proveer copia de la tarjeta de seguro médico al personal de PCHC)

Nombre del asegurado: _____ Nombre del Seguro _____
 No. Póliza: _____ No. de Grupo: _____ Nombre del Dueño de la Póliza: _____
 Fecha de Vigencia : _____ Relación del Paciente al dueño de la Póliza: Mismo Conyugue Hijo/a Otro
 No. Seguro Social del dueño de la póliza: ___/___/___ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: _____
 Nombre del Segundo Seguro Médico: _____ No. De Identidad: _____

Información Adicional (Favor de contestar lo siguiente para proveerle mejor servicio)

Idioma de Preferencia? Inglés Español Otro: _____

Durante los últimos 24 meses, Usted (paciente) o algún miembro de la familia:

¿Ha sido contratado para trabajar: siembras, cosecha, Bodega de empaque, conduciendo camionetas para cualquier Granja, o trabajo con animales como vacas, pollos, etc.? Si No

¿Ha vivido lejos de casa para trabajar en la agricultura o trabajo de granja? Si No

¿Ha dejado de trabajar por alguna incapacidad o edad (demasiado mayor para trabajar)? Si No

¿Actualmente vive con familiares o amigos, en su carro, en un albergue, en un hotel o en la calle? Si No

Origen Étnico: Seleccione su origen étnico (paciente).

Hispano/Latino No-Hispano/No-Latino

Raza: Seleccione el grupo de raza que lo describa (paciente).

Asiático

Nativo de Hawái

Otras Islas Pacificas

Blancos (incluye a Blancos de descendencia latina/hispana)

Afro-Americano (incluye Negro o Afro- Americano de descendencia Hispana/latina)

Indio Americano / Nativo de Alaska (Incluye a Indios Americanos o Nativos de Alaska de descendencia Hispana/Latina)

No. Personas en el hogar: _____ Ingresos Mensuales del Hogar: _____ Negado a compartir (Ver el Reverso)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO E INFORMACION

Las escuelas de la ciudad/condado de Pueblo, por medio de Parkview Medical Center Inc. y la Clinica Pueblo Community Health Center, establecieron el Centro de Salud Escolar (SBWC) un programa que provee cuidado médico y cuidado de salud mental a sus estudiantes. El servicio otorgado por medio del Centro de Salud Escolar incluye pero no está limitado a, Servicios de diagnóstico y tratamiento, administración de medicamentos, terapia individual o familiar, educación al paciente y administración de vacunaciones (las vacunas pueden requerir otro consentimiento por separado). Yo voluntariamente requiero y doy consentimiento para el rendimiento de salud y cuidado de salud mental al Centro de Salud escolar, su personal y los proveedores de cuidado, incluyendo proveedores de Parkview Medical Center Inc. y la Clínica de Pueblo Community Health Center. Yo reconozco que ninguna garantía podrás ser hecha o se ha hecho, que resulte en tratamiento o examinación y entiendo que todo tratamiento médico contiene riesgos inherentes.

Notificación e involucración del Padre/Tutor: La ley de colorado puede prohibir que el Centro de Salud Escolar y sus proveedores el informar a padres/tutores, sin el consentimiento del paciente, sobre problemas mentales, problemas del abuso de sustancias, trastornos alimenticios , cuestiones de embarazo, planificación familiar, incluyendo anticonceptivos, o el diagnostico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Por el propósito de estas condiciones el paciente puede entrar en una relación privilegiadamente confidencial entre El Centro d Salud Escolar y el proveedor de cuidado médico. Sin embargo, el Centro de Salud Escolar tiene como practica el tratar de obtener permiso del paciente para informar a su padre, tutor, o adulto a cargo cuando estas situaciones son presentadas. Cuando este permiso no es concedido, el Centro de Salud Escolar y su personal harán la sugerencia para que el estudiante hable acerca de la condición a sus padres o tutor. Pacientes menores de diez años de edad, que tengan acceso al Centro de Salud Escolar deben de ser acompañados por un adulto. Padres, tutores o representante autorizado con preguntas sobre el Servicio del Centro de Salud Escolar son aconsejados a ponerse en contacto con Centro de Salud Escolar con cualquier inquietud.

Confidencialidad y Divulgación de información. Yo por este medio autorizo al Centro de Salud Escolar, que divulgue información del archivo médico del paciente para tratamiento, pago, operaciones de cuidado de salud y otros propósitos que sean permitidos y que apliquen bajo las leyes federales y estatales, incluyendo a los Derechos Educativos de la Familia, el Acta de privacidad (FERPA) y el Acta de 1996 de Responsabilidad y Portabilidad de la Seguridad de Salud (HIPAA), incluyendo a cualquier Medico, enfermera escolar, o cualquier otro personal del Centro de Salud Escolar que se vea involucrado con el cuidado del paciente y a personas o entidad la cual sea o es responsable por parte o todo el cargo de servicio, producto o locaciones proveídas al paciente. Comprendo que al darle esta autorización de divulgación de información, el Centro de Salud Escolar no podrá controlar su confidencialidad. Asi mismo doy consentimiento para y autorizo al personal del Centro de Salud Escolar que examine los archivos escolares del paciente, asistencia y cualquier otro archivo necesario que asista al personal del Centro de Salud Escolar con el diagnóstico y tratamiento del paciente. Comprendo que al reusarme a la autorización de divulgar la información médica del paciente a un plan de Salud (incluyendo Seguro médico, programas de descuento de salud, programas de salud gubernamentales, etc.) no afectara en mi inscripción y elegibilidad para el programa del Centro de Salud Escolar.

Responsabilidad Financiera y Asignación de Pago directo. Por este medio autorizo al Centro de Salud Escolar y a sus médicos cobrar a cualquier plan de salud (incluyendo Seguro médico, programas de descuento de salud, programas de salud gubernamentales, etc.) las cuales sean responsables para proveer cobertura y/o pago por el servicio al paciente dentro del Centro de Salud Escolar. En dado caso que el paciente no tenga cobertura de seguro el Centro de Salud Escolar y sus proveedores rendirán el servicio y tratamiento al paciente; sin embargo, el paciente, padre, o tutor deberán completar una evaluación de elegibilidad financiera que determinara si el paciente califica para programas de asistencia para el cuidado médico los cuales ayudaran con el costo para el cuidado del paciente. Yo autorizo el pago que se haga directamente al Centro de Salud Escolar y a sus proveedores, los cuales no excederán la cantidad de su pago regular, de otra manera el pago sería remitido a mí por el servicio de cuidado médico, los productos o locaciones proveídas. Comprendo que no hay garantías de reembolsos de cualquier beneficio del plan médico o cualquier otro pagador, y que pueda yo ser responsable económicamente de los costos que no sean pagados por cualquier razón por mi plan médico u otro pagador dentro del periodo que el Centro de Salud Escolar considere razonable. Las Nóminas, y/o deducibles asociados con los planes de cuidado médico serán aplicados y cobrados. También puede ser necesario el referir a los pacientes al hospital, especialistas, u otro proveedor de salud para recomendar tratamiento y proveer cuidado médico de calidad. Estos proveedores tendrán costos por separado para los servicios de los cuales serán responsabilidad del estudiante/padre/tutor y los cuales no están cubiertos bajo este consentimiento.

Reconocimiento y terminación de este formulario de consentimiento. Yo comprendo que este consentimiento quedara vigente hasta que el paciente ya no esté inscrito en la escuela del actual paciente. También comprendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en el caso de que el Centro de Salud Escolar ya haya actuado con mi permiso. Es responsabilidad del padre/tutor el notificar al Centro de Salud Escolar sobre el cambio de tutela.

YO RECONOZCO QUE EH LEÍDO ESTE FORMULARIO, COMPRENDO SU CONTENIDO Y E RECIBIDO UNA COPIA DE LA MISMA. YO RECONOZCO QUE EH REPASADO EL ANUNCIO DE PRIVACIDAD DE LA CLÍNICA PUEBLO COMMUNITY HEALTH CENTER. ADEMÁS YO RECONOZCO QUE SOY EL PACIENTE O LA PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE O DE CUALQUIER MANERA AUTORIZADO PARA ACEPTAR ESTE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE.

FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR, O REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE _____

Authorized Use Only	
Staff initials: _____	Dept.: _____
New Patient: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
FPT <input type="checkbox"/>	FHT <input type="checkbox"/> IZ's <input type="checkbox"/> SBWC Non-Medical <input type="checkbox"/>