



INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ (Mes/Día/Año) Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Escuela: _____ Grado: _____

Celular del Paciente: _____ Correo electrónico del Paciente _____ (Principalmente para Telemedicina)

Origen étnico: ___ Hispano ___ Negro ___ Blanco ___ Indígena Norteamericano ___ Asiático/Islands del Pacífico ___ Otro

Domicilio del estudiante: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

¿Quién es el médico regular del estudiante?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

¿Qué farmacia prefiere la familia del paciente? ___ CVS on 61st, ___ Walgreens on 61st, ___ Walgreens on 3rd/Seawall, ___ CVS at Target, ___ Kroger, ___ Randalls, ___ Walmart, ___ Broadway Drug, ___ Other

DATOS DE PADRE/GUARDIAN Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido de la Madre: _____ Primer Nombre: _____

Apellido del Padre: _____ Primer Nombre: _____

Guardián (si corresponde) Relación con el paciente: ___ Abuelo(a) ___ Tía o Tío ___ Otro: _____

Idioma preferido del padre / tutor _____

Información de contacto de los padres o guardián: (¡¡¡¡¡Importante!!!! Provea información lo más que pueda, para poder comunicarnos con usted acerca de la salud de su hijo(a)):

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

Contacto Adicional de Emergencia

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

¿Su hijo(a) tiene Medicaid?
__ No __ Si: Medicaid ID # _____

¿Su hijo(a) tiene otro seguro?
__ No __ Si: Nombre _____

Número de cobertura: _____

¿Tiene su hijo(a) Child Health Insurance Plan? __ No __ Si: CHIP # _____

HISTORIA MÉDICA PERTINENTE

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia a medicamentos?

__ No __ Si

Si es así, por favor describa: _____

Por favor, indique los medicamentos que recibe su hijo(a):

¿Su niño/a 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

¿Su hijo/a tiene asma? _____

No Si

¿Su hijo/a ha tenido una convulsión? _____

No Si

¿Su hijo/a tiene diabetes? _____

No Si

¿Su hijo/a tiene alguna condición cardíaca conocida? _____

No Si

¿Su hijo/a ha tenido que pasar la noche en el hospital? _____

No Si

¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? _____

No Si

¿Su hijo/a ha sufrido algún trauma o lesión grave? _____

No Si

¿Su hijo/a ha tenido problemas de salud mental? _____

No Si

¿Su hijo/a 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 la familia tiene la Tuberculosis (TB)? _____

No Si

¿Ha habido problemas de salud mental en la familia? _____

No Si

¿Hay algún miembro de la 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:

- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE una) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir servicios que incluyen: 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.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE una) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir consejería para el tratamiento de la salud mental y problemas de desarrollo, esto puede incluir la evaluación, diagnóstico, y si es necesario, recomendaciones.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE una) **PUEDE** o **NO PUEDE** 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. El padre o madre debe estar presente para que el niño(a) reciba medicamentos.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE uno) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación de familia, anticonceptivos (para estudiantes de preparatoria y mayores de edad), y condones.
- Mi hijo(a) (Por favor CIRCULE uno) **PUEDE** o **NO PUEDE** recibir consejería y pruebas para el virus VIH/SIDA.

PERMISO PARA SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD BASADO-ESCOLAR

Yo he leído y entendido los servicios mencionados anteriormente. Tengo la autoridad legl para dar su consentimiento para la atención médica y de salud mental para mi hijo. Mi firma da consentimiento para que mi hijo(a) reciba los servicios que circule proveídos por el Teen Health Center. Doy permiso para que Teen Health se ponga en contacto con mi hijo directamente para concertar citas.

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 estudiante y el profesional de salud se llevará a cabo en áreas de servicio específicas de conforme con la ley, y que los estudiantes se les animarán para que sus padres o guardianes participen en las decisiones médicas y de consejería. 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. Yo entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante y decida que mi hijo(a) no reciba servicios proveídos por el Teen Health Center. Si en caso de que cambie de opinión, dejare que sepa el Teen Health Center por escrito. Yo entiendo que esta forma de permiso sigue siendo válida hasta que el Teen Health Center

reciba una revocación por escrito de mí parte. NOTA: Por ley, el consentimiento de padres no es requerido o necesario para la aplicación de tratamiento urgente/emergente de primeros auxilios y de la provisión de servicios de salud donde el estudiante se encuentre en peligro. Consentimiento de los padres no es necesario para los estudiantes que tengan 18 años o más, o para los estudiantes que están legalmente emancipados.

Intercambio de información

En caso de una situación de emergencia, estoy consciente que sería necesario para el Teen Health Center, Inc. de compartir información médica de mi hijo(a) al distrito escolar (por ejemplo, el Distrito Escolar de Galveston) donde se aloja la clínica de mi hijo(a). Este intercambio de información es para proteger la salud y la seguridad de mi hijo(a). También estoy en cuenta que el Teen Health Center, Inc. puede compartir información con la enfermera de la escuela para asegurar que las vacunas de mi hijo(a) 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 la información de salud de mi hijo(a) puede ser divulgada como se indicó anteriormente y que me han dado la oportunidad de revisar la Notificación de Prácticas de Privacidad.

X _____

Firma del padre/guardián legal

Fecha

Casilla de verificación si no desea recibir información a través del correo electrónico o correo regular del Teen Health Center, Inc.