



INFORMACIÓN DEL PACIENTE Nombre Legal del Hijo/a

 (Apellido) Nombre Inicial

 (Fecha de Nacimiento) Sexo: Hombre Mujer

 Nombre del Padre/Guardián (Fecha de Nacimiento)

 Dirección de Facturación Ciudad

 Estado Código Postal

 Dirección Secundaria Ciudad

 Estado

 Código Postal

() _____ () _____

Telefono Primario Telefono Secundario

 Dirección de correo electrónico

 Nombre de Contacto de Emergencia Telefono

 Garante Responsable por el pago Telefono

 Dirección del Garante

 Idioma Preferido

Sin Hogar? Si No

Reside en habitación pública Si No

<u>Raza</u>	<u>Etnicidad</u>
Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/>	Hispano o Latino <input type="radio"/>
Negro/Afro Americano <input type="radio"/>	No Hispano o Latino <input type="radio"/>
Otro <input type="radio"/> Rechazo <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/> Rechazo <input type="radio"/>
No Se Sabe <input type="radio"/>	No Se Sabe <input type="radio"/>

INFORMACIÓN MÉDICA

Proveedor de Atención Médica: _____

Proveedor de Atención Dental: _____

¿Visita su hijo/a a un médico para chequeos regulares?

Sí No

¿Cuándo fue la última vez que su hijo/a visitó el dentista?

Nunca Más de 5 años 3-5 años
 1-3 años menos de un año

Nombre de Seguro de Salud/Aseguranza: _____

Número de la Poliza: _____

Número del Grupo: _____

Nombre de Seguro de Salud/Aseguranza Dental _____

Número de la Poliza: _____

Número del Grupo: _____

¿Estaría dispuesto a proporcionar la siguiente información? Sí No

Tamaño de la familia _____

Ingreso mensual \$ _____

¿Por que preguntamos? Somos un Centro de Cuidado de Salud Federalmente Calificado (FQHC). Los fondos que recibimos para mejorar nuestros servicios se basa en estos números.

¿Es Usted o un miembro de su familia un trabajador de agrícola?

¿En los últimos 24 meses ha usted o un miembro de su familia sido empleado para hacer trabajo de agrícola? Sí No

¿Gana la mayoría del ingreso de trabajo de agrícola? Sí No

¿Se ha mudado para hacer trabajo de agrícola? Sí No

¿Ha parado de trabajar en la agrícola por causa de edad o deshabilidad? Sí No



Consentimiento de Padre Servicios de Salud Basados en la Escuela

Doy mi consentimiento para que _____
Nombre del Hijo/a Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento del hijo/a

reciba los servicios necesarios y/o advisables del personal de Valley-Wide Health Systems, Inc. (VWHS) en el Centro de Salud Basado en la Escuela de Cañon City (CCSBHC). Yo he recibido información que explica los servicios de VWHS en la CCSBHC, y entiendo que los servicios pueden ser disponibles y por marcando las siguientes cajas correspondientes al lado de cada tipo de servicio yo doy mi concentimiento para que mi hijo/a reciba estos servicios:

Servicios Médicos: Exámenes físicos e inmunizaciones – exámenes de laboratorio rutinos – atención a enfermedades y heridas agudas – medicamentos recetados – atención a ciertas condiciones crónicas tal como el asma y trastorno convulsivos – pruebas de embarazo – diagnosis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual –servicios de salud reproductiva apropiados para la edad – prevención y educación sobre el uso de drogas y alcohol – evaluación de la salud conductual y derivación al tratamiento – atención de seguimiento según sea necesario.

Servicios Dentales: Examinaciones dentales, limpiezas rutinarias, selladores, y radiografías dentales.

Divulgación de Información: La información en los registros médicos de mi hijo/a es información de salud protegida y no será divulgada a cualquier persona o agencia no autorizada sin el consentimiento escrito por el padre o guardián del hijo/a. Entiendo que CCSBC puede divulgar informción de salud para pago, tratamiento, y operaciones de atención médica como es descrito en la Noticia de Prácticas Privadas de VWHS, y de lo contrario según lo permita la ley. Según permitido por la ley de Colorado, mi hijo o hija puede pedir que ciertas visitas e información de salud siga siendo “confidencial”. Esto quiere decir que, para mi o cualquier otra parte tenga acceso a los registros médicos de mi hijo/a con respeto a dicha información, una liberación por escrito debe ser completada por mi hijo/a. Yo doy permiso al personal de CCSBHC que examine y/o haga copia de los registros escolares de mi hijo o hija, incluso la asistencia a los registros de inmunización, y otros registros que le pueda ayudar al personal en atender a mi hijo o hija.

Cobros, facturación, autorización y consentimiento de CCSBHC: Por lo presente yo autorizo el pago directamente a Valley-Wide Health Systems, Inc. para beneficios médicos/dentales. Entiendo que yo soy financieramente responsable a Valley-Wide Health Systems, Inc. por servicios no pagados por my seguro de salud/aseguranza u otros terceros pagadores. Entiendo que si se me ha remitido un cheque de reembolso y se devuelve como no entregado y después de intentos razonables de ponerse en contacto no han tenido éxito, tal cheque será considerado como una donación a VWHS. También estoy de acuerdo que si no cobro un cheque de reembolso dentro de un año de emisión, el cheque de reembolso será considerado como una donación a VWHS.

Yo no doy consentimiento que mi hijo/a _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento _____ reciba cualquieres servicios de salud necesarios y/o advisables del personal de Valley-Wide Health Services, Inc. en la CCSBHC.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Nombre del Hijo/a _____

Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____

¿Toma su hijo/a cualquier medicamento? Sí No Si toma medicamentos, por favor haga lista

Nombre del Medicamento	Fuerza	Frecuencia Tomada

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí No Si tiene alergia(s), por favor haga lista inclusivo la reacción:

¿Tiene su hijo/a algunos de estos problemas o ha tenido en el pasado? Por favor circule cual(es) problema(s)

Asma	Enfermedad Cardiaca	Migrañas
Problemas de Nacimiento	Presión Arterial Alta	Diabetes
Coágulos de Sangre/Accidente Cerebrovascular		Detrazos en el Desarrollo/Aprendizaje
Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención		Cáncer
Enfermedades Conductales-Mentales		Depresión
Varicela	Anemia de Células Falsiformes	Soplo del Corazón
Alfileres/Huesos Rotos	Trastorno de la Alimentación	Abuso de Drogas/Alcohol
Convulciones	Uso de tabacos	Trastornos Estomacales/ Gastrointestinales

Otro: _____

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado/a durante la noche o se sometió a una cirugía o cualquier herida seria?
Si fue, por favor haga lista: _____

¿Tiene alguien en su familia (padres, hermanos, abuelos, tíos/tías) algunos de estos problemas, ahora o ha tenido en el pasado?

Asma _____ Sí, ¿Quién? _____

Coágulos de Sangre/Accidentes Cerebrovascular Sí, ¿Quién? _____

Cáncer _____ Sí, ¿Quién? _____

Diabetes _____ Sí, ¿Quién? _____

Abuso de Drogas/Alcohol _____ Sí, ¿Quién? _____

Trastorno del Corazón _____ Sí, ¿Quién? _____

Presión Arterial Alta _____ Sí, ¿Quién? _____

Colésterol Alto _____ Sí, ¿Quién? _____

Trastorno Mental/Depresión _____ Sí, ¿Quién? _____

Anemia de Células Falsiformes _____ Sí, ¿Quién? _____

Tuberculosis _____ Sí, ¿Quién? _____

¿Cuántos días de la semana su hijo/a hace ejercicios físicos? _____

¿Está su hija actualmente embarazada? No Sí