

REGISTRO DEL PACIENTE Y PERMISO PARA DAR SERVICIO		CENTRO DE SALUD ESCOLAR		FY 20-21
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del paciente (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Año escolar
			Número de ID del estudiante	
	Dirección del paciente (calle, estado y área postal)	Teléfono del paciente - casa		
		Teléfono del paciente - Celular		
	Nombres de los padres o guardianes legales	Género del paciente <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
		Raza del paciente <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo-americana/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Otra		
Parent(s)/Legal Guardian(s) Address (street, city, state and zip)	Teléfono de la casa			
	Teléfono del trabajo			
	Teléfono celular			
Contacto en emergencias Nombre de la persona y parentesco con el Paciente	Teléfono de emergencia - Casa			
	Teléfono de emergencia - Celular			
	Teléfono de emergencia - Trabajo			
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO	Médico de cabecera	Teléfono del médico de cabecera		
	Dirección del médico de cabecera			
	Nombre del seguro médico (Si no tiene seguro, marque N/A)	Cobertura por Medicaid coverage <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Blue Cross/Blue Shield Centennial Care <input type="checkbox"/> United CC <input type="checkbox"/> Molina CC <input type="checkbox"/> Presbyterian CC <input type="checkbox"/> Se le cobra por el servicio		
	Número de póliza	Número de Medicaid:		
	Nombre del asegurado principal	Parentesco con el paciente		
HISTORIA CLÍNICA	¿Alergias? ¿Cuáles?	¿Cirugías? ¿Cuándo/Dónde?	¿Hospitalizaciones? ¿Cuándo/ Dónde?	Medicinas/Dosis
Nombre cualquier enfermedad familiar que usted pueda haber heredado (p.ej. Alta presión de la sangre, enfermedades del corazón):				
PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS	Yo doy mi permiso para que mi niño, que se nombre arriba, reciba los servicios SBHC (siglas en inglés) incluyendo exámenes dentales mientras que él o ella está inscrito en esta escuela, y para que el personal de SBHC tenga acceso al horario de clases de mi niño(a), (con el propósito de hacer citas únicamente). Yo entiendo que los servicios de SBHC son confidenciales, excepto en el caso de una situación que amenace su vida o cuando se necesiten servicios de emergencia y de acuerdo con la ley. Yo doy permiso a SBHC para intercambiar información pertinente con las personas apropiadas con el propósito de dar cuidados de salud, diagnóstico, tratamiento y servicios de consejería, así como para mantener la calidad y seguridad. Yo entiendo que los datos de salud que SBHC tenga son confidenciales y no serán compartidos a menos de que haya un permiso por escrito ya sea del estudiante y/o de sus padres o guardianes. Yo he recibido una copia de la Noticia de Prácticas de Privacidad HIPAA. Yo entiendo que la ley de Nuevo México no requiere el consentimiento de los padres para dar tratamiento o consejos acerca de las enfermedades transmitidas sexualmente, embarazo o anticonceptivos a menores de 18 años de edad, así como servicios de consejería para la conducta a menores de 14 años o más. A menos de que yo escoja retirar mi consentimiento por escrito, esta autorización continuará			
	Signature of Parent/Guardian	Fecha		
	Firma del paciente, si tiene 18 años o más	Fecha		

PARA SER COMPLETADO POR EL ESTUDIANTE SOLAMENTE

CENTRO DE SALUD ESCOLAR (CSE) FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS CONFIDENCIALES 2020 - 2021

Yo _____ voluntariamente, doy permiso a los proveedores del Centro de Salud Escolar que me ofrecen uno o más de los siguientes servicios confidenciales:

Los servicios proveídos podrán ser dados bajo el acuerdo confidencial incluyen: (Marque los cuadros que indique los servicios que Ud. desea recibir.)

- Servicios de planificación familiar
- Examen de embarazo
- Prueba de Papanicolaou (Pap Smear) y examen y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente.
- Servicios sobre la Salud mental, asesoramiento, y tratamiento
- Servicios sobre el abuso de drogas y tratamiento

Los proveedores de salud de "CSE" me han aconsejado que incluya a mis padres, o a mis guardianes. Sin embargo, yo soy consiente que tengo el derecho de recibir estos servicios sin el consentimiento de mis padres o de mis guardianes.

Marque lo que applique:

- El proveedor "CSE" podrá contestar cualquier pregunta de mis padres acerca mis servicios confidenciales
- Yo no quiero** que mis padres o mis guardians sepan acerca de mis servicios confidenciales.
- Yo no quiero** que mi proveedor primario sepa acerca de mis servicios confidenciales.

Firmando ésta forma, yo entiendo que:

- Los proveedores de "CSE" han discutido conmigo, por ser menor de edad, los riesgos de ser coaccionado sexualmente y beneficios y los riesgos de los servicios y los tratamientos apuntados arriba.
- Yo tengo el derecho de aceptar o rehusar estos servicios sin ser rechazado otros servicios de "CSE".
- La confidencialidad ha sido discutida conmigo, incluyendo la obligación de reportar si el proveedor crea que yo mismo me dañe o dañe a otros (suicidio o asesinato) o si el proveedor crea que yo mismo he sido abusado o descuidado.
- Yo entiendo que la "CSE" podrá hablar de mi salud con mis padres o guardianes si durante mis visitas se encontrara una condición que podrá causarme daño y necesito ayuda. Entiendo que seré notificado si ésto sucede.
- Yo entiendo si recibo servicios y provisiones de planificación familiar, puedo ser responsable por los cobros dependiente de mis ingresos. Seré responsable por éstos cobros si aplican.
- Yo entiendo que mis registros serán confidenciales y serán entregados solamente si son permitidos o requeridos por la ley. Mi información de salud no será entregada a otra agencia de afuera o a una persona menos sea especificado en las "Noticias de Prácticas Privadas" en que yo he recibido una copia.

→ _____
Firma de paciente/estudiante

Día de nacimiento y edad

Fecha

Testigo

Título

Fecha

¿Podemos hacer contacto en privado?

Si _____ No _____

Número de teléfono _____

¿Es número de casa, celular o de amigos?

(Rodee por favor uno)

¿Podemos contactarte en casa?

Si _____ No _____

Número de casa _____