

Student Wellness Center

The Physician Network (La red de médicos)

Filial de Saint Francis Medical Center - iniciativas de salud católico

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Por favor **inicial** la línea de los servicios que desea proporcionar para:

Nombre del estudiante _____ fecha de nacimiento _____

____yo doy mi consentimiento para lo anterior nombrado estudiante reciba servicios médicos de la salud de cualquier médico o profesional de salud designado médico trabaja para The Student Wellness Center.

____yo doy mi consentimiento para lo anterior nombrado alumno para recibir la salud mental, salud mental y dependencia de sustancias químicas servicios ofrecidos por cualquier médico o profesional de salud designado médico trabaja para The Student Wellness Center.

____yo doy mi consentimiento para se hagan exámenes de orina o en sangre, pruebas para la detección de drogas y alcohol.

Hora y fecha de la cita se compartirá con Grand Island Senior High para propósitos de asistencia. Adicionalmente, he leído y entiendo las declaraciones anteriores. También entiendo que la información adicional sobre los servicios de salud ofrecidos por The Student Wellness Center puede obtenerse llamando al 384-2265.

____ **Al colocar mis iniciales Esta declaración acusará recibo de aviso de The Physician Network de prácticas de privacidad que recibí en el paquete de inscripción de la escuela Y/O recibido en el registro inicial con The Student Wellness Center. (versión 4103)**

REVELACION DE EXPEDIENTES MÉDICOS

Doy mi permiso para el intercambio de información relevante verbales o escritas entre The Student Wellness Center y:

____ Administración de la escuela / personal

____ Libertad condicional / diversión / Tribunal de ausentismo

Doy mi permiso para el intercambio de información de salud médica/salud mental relevante (incluyendo información sobre exámenes físicos, historiales médicos y otra información) entre el personal The Student Wellness Center y enfermera de la escuela, el médico primaria del estudiante o referido según sea necesario, con el fin de facilitar la evaluación de la salud médica/salud mental de este estudiante.

Información divulgada a lo anterior puede divulgar por el destinatario y no protegido por normas de privacidad HIPPA.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Yo autorizo The Student Wellnes Center a divulgar información con sobre al tratamiento a terceros pagadores u otros para propósitos de fractura o administración de programa y evaluación. Adicionalmente, yo autorizo y requiero que cualquier pago de beneficios por el servicio recibido sea pagado directamente The Student Wellness Center. Individualmente obliga a mí mismo y el paciente para pagar la cuenta del The Physician Network conforme a las tarifas regulares y políticas de pago del centro médico. Si usted cree que usted califica para asistencia de financiera, por favor notifíquenos.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

Relación con el estudiante: __Madre __Padre __Otro (especificar) _____

The Student Wellness Center no proporcionará ningún servicio a cualquier estudiante sin un formulario de permiso firmado de los padres, incluidos los servicios de que la clínica podría proporcionar legalmente sin permiso de los padres.

* Este consentimiento puede ser retirada en cualquier momento mediante la notificación escrita al centro de bienestar estudiantil. * Este consentimiento es bueno sólo para el presente año escolar.

ESTA SECCIÓN PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE.

Fecha recibida _____ fecha verificado _____ verificado por quien _____ revisión: 04-2013

Student Wellness Center

The Physician Network (La red de médicos)

Filial de Saint Francis Medical Center - iniciativas de salud católico

REGISTRO Y AUTORIZACIÓN - INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

* Nombre del estudiante _____ Fecha De Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección _____ Código Postal _____

Inicio teléfono _____ celular _____

* Nombre de padre _____ Fecha De Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección _____ Código Postal _____

Inicio teléfono _____ celular _____

Nombre/dirección del trabajo del padre _____ teléfono de trabajo _____

* Nombre de madre _____ Fecha De Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección _____ Código Postal _____

Inicio teléfono _____ celular _____

Nombre/dirección del trabajo de la madre _____ teléfono de trabajo _____

* Tutor nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Seguro Social _____

Dirección _____ relación con el estudiante _____

Inicio teléfono _____ celular _____

Guardián - trabajo nombre / dirección _____ trabajo teléfono _____

Información sobre el seguro: por favor proporcione una copia de su tarjeta de seguro (frente y dorso). O llene la siguiente información completamente. De lo contrario se le facturará como yo pague.

Nombre del titular de política: _____ relación a estudiante _____

Fecha de nacimiento: _____ estado civil: M S W D ciudadano: ___ SI ___ NO

Seguro de portador _____ es una PPO? SÍ NO

Dirección de seguro _____ estado _____

Número de teléfono _____ fecha _____

Política o plan # _____ # de grupo _____

Este seguro requiere un co-pago? ___ sí ___ NO importe \$ _____ **Copago se recogerán en el tiempo de visita.**

¿Este seguro requiere autorización previa? ___ Si ___ NO si es así, número de teléfono _____

Si el estudiante está cubierto por **Medicaid** / Medicare, por favor proporcione su número de Medicaid _____

NINGUN NIÑO SERÁ NEGADO SERVICIOS DEBIDO A LA INCAPACIDAD DE PAGO.

Student Wellness Center

The Physician Network (La red de médicos)

Filial de Saint Francis Medical Center - iniciativas de salud católico

Esta información es **Estrictamente confidencial**. Su objetivo es ayudarle a dar cuidador que había cuidado mejor. Le rogamos que rellene el formulario completamente.

Esta información es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**. El propósito es ayudar al proveedor de Salud a darle un mejor cuidado. Requerimos que llene la forma por completo.

Nombre de Estudiante _____

Raza (marcar los que se aplican)

Amerindio / Nativo de Alaska

Asiática / o

Negro/Afroamericana/o

Nativo Hawaiano/a

Otras Islas de Pacífico

Blanco

Negarse a informar

Origen Étnico (marcar solo una)

Hispano / Latina

No-Hispano / No Latina

Negarse a informar

Idioma Primario

Inglés

Español

Orta _____

Intérprete para usted

Si / No

Intérprete para su familia

Si / No

Enumere todos los medicamentos hijo actualmente está tomando (incluyendo prescripción, sobre los medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos minerales y dietéticos:

Nombre: _____ Dosis: _____ frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ frecuencia: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ frecuencia: _____

Por favor enumere cualquier alergia y reacciones: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Relación: _____

Dirección: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ celular: _____ trabajo: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre: _____ Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Student Wellness Center

The Physician Network (La red de médicos)

Filial de Saint Francis Medical Center - iniciativas de salud católico

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Fecha _____ nombre del paciente _____

Etnicidad _____ sexo H M Fecha de nacimiento: _____

Forma completada por: _____

informante (tutor, padre) _____

HISTORIA MÉDICA DE LOS ESTUDIANTES

¿Alguna vez ha tenido su hijo:

Alergias (lista) m (alimentos o medicinas) **SÍ** **NO**

Asma/resollar **SÍ** **NO**

Plan de acción de asma **SÍ** **NO**

Neumonía **SÍ** **NO**

Varicela (año) **SÍ** **NO**

Infecciones frecuentes del oído **SÍ** **NO**

Problemas de visión **SÍ** **NO**

Problemas de audición **SÍ** **NO**

Problemas en la piel, Eczema, urticaria **SÍ** **NO**

TB / Enfermedad pulmonar **SÍ** **NO**

Convulsiones, epilepsia **SÍ** **NO**

Hipertensión arterial **SÍ** **NO**

Defectos del corazón,/ enfermedad **SÍ** **NO**

Enfermedad del hígado / Hepatitis **SÍ** **NO**

Diabetes **SÍ** **NO**

Enfermedad renal **SÍ** **NO**

Infecciones de la vejiga **SÍ** **NO**

Problemas menstruales **SÍ** **NO**

Física o problemas de aprendizaje **SÍ** **NO**

Hemofilia/trastornos de sangrado **SÍ** **NO**

Infecciones de transmisión sexuales **SÍ** **NO**

Problemas emocionales y conductuales **SÍ** **NO**

Depresión/ Pensamientos de suicidio **SÍ** **NO**

Hospitalizaciones/cirugías **SÍ** **NO**

Abuso físico/Sexual **SÍ** **NO**

Abuso emocional **SÍ** **NO**

Lesiones en las Hueso o articulaciones **SÍ** **NO**

Problemas de movilidad/coordinación **SÍ** **NO**

Problemas dentales **SÍ** **NO**

Obesidad/sobrepeso **SÍ** **NO**

Trastornos de la alimentación **SÍ** **NO**

Anorexia nerviosa **SÍ** **NO**

Bulimia **SÍ** **NO**

Problemas de aprendizaje **SÍ** **NO**

Trastorno por déficit de atención **SÍ** **NO**

Examen dental **SÍ** **NO**

Uso de cinturón de seguridad **SÍ** **NO**

Otras preocupaciones: _____

* Hospital /Cirugía, lista y año: _____

Revisado por: _____

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Cualquier padre (P), abuelos (GP), tía (A), tío (U), hermana (S)

o hermano (B) ha tenido:

Alergias (lista) (alimentos o medicinas) **SÍ** **NO**

Asma/resollar **SÍ** **NO**

Enfermedad TB pulmonar **SÍ** **NO**

Fibrosis Quística **SÍ** **NO**

VIH/SIDA **SÍ** **NO**

Intentos de suicidio **SÍ** **NO**

Enfermedades del corazón **SÍ** **NO**

Muerte súbita cardíaca **SÍ** **NO**

Hipertensión arterial/movimiento **SÍ** **NO**

Colesterol alto **SÍ** **NO**

Trastornos de la sangre **SÍ** **NO**

Células falciformes **SÍ** **NO**

Anemia **SÍ** **NO**

Talasemia **SÍ** **NO**

Trastornos de la coagulación **SÍ** **NO**

Diabetes **SÍ** **NO**

Convulsiones **SÍ** **NO**

Enfermedad mental **SÍ** **NO**

Depresión **SÍ** **NO**

Intentos de suicidio **SÍ** **NO**

Cáncer **SÍ** **NO**

Mama **SÍ** **NO**

Cervical **SÍ** **NO**

Colorrectal **SÍ** **NO**

Otros **SÍ** **NO**

Defectos de nacimiento **SÍ** **NO**

Pérdida de la audición **SÍ** **NO**

Problemas del habla **SÍ** **NO**

Enfermedad renal **SÍ** **NO**

Abuso de alcohol/drogas **SÍ** **NO**

Hepatitis / Enfermedad del Hígado **SÍ** **NO**

Enfermedad de la tiroides **SÍ** **NO**

Problemas de aprendizaje **SÍ** **NO**

Trastorno de déficit de atención **SÍ** **NO**

Retraso mental **SÍ** **NO**

Violencia familiar **SÍ** **NO**

Otras preocupaciones _____

Cualquier miembro de la familia alguna vez ha tenido una

muerte inexplicable, inesperada antes de los años 50? **SÍ** **NO**

Explicar: _____

Fecha de revisión: _____