



**FRANKLIN  
PRIMARY**  
HEALTH CENTER INC

**Centro de salud escolar**  
**Formulario de inscripción y consentimiento**

**Información del/la menor:**

Nombre del/la menor: \_\_\_\_\_ N.º de SS del/la menor \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
Raza (negro, blanco, etc.): \_\_\_\_\_  
Origen étnico (no hispano, mexicano, etc.): \_\_\_\_\_  
Idioma: \_\_\_\_\_  
Condición de persona sin hogar (por favor, marque con un círculo): No es una persona sin hogar Sin  
hogar Vive en un refugio  
Vive con otros En riesgo de quedarse sin hogar Otro: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de los padres/tutores:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ N.º alternativo: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Información de contacto de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el/la menor: \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ N.º alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

**Información del seguro del/la menor:**

**Seguro médico primario:**

Nombre del padre/madre o tutor del asegurado: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del menor): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta del asegurado: \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono/fax del seguro: \_\_\_\_\_  
Número de ID y de grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro médico secundario:**

Nombre del padre/madre o tutor del asegurado: \_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la del menor): \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta del asegurado: \_\_\_\_\_  
Lugar de empleo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono/fax del seguro: \_\_\_\_\_  
Número de ID y de grupo: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la factura: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_  
Si no tienen seguro, tamaño del hogar: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales: \_\_\_\_\_  
(Información necesaria para el descuento de la escala de tarifas móviles).

**Información médica:**

1. ¿Su hijo/a tiene actualmente o tiene antecedentes de los siguientes problemas?

- ☐ ¿Alergias a alimentos, medicamentos u otros? \_\_\_\_\_
- ☐ Asma
- ☐ Problemas congénitos
- ☐ Coágulos sanguíneos/accidentes cerebrovasculares
- ☐ Cáncer
- ☐ Varicela
- ☐ Retrasos del desarrollo
- ☐ Diabetes
- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Cardiopatía
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Enfermedad mental \_\_\_\_\_
- ☐ Convulsiones
- ☐ Anemia de células falciformes
- ☐ Abuso de sustancias (drogas o alcohol) \_\_\_\_\_
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Otro \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo/a se ha sometido a cirugías menores o mayores? Si respondió que sí, explique.

\_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo/a fue sido hospitalizado por algo? Si respondió que sí, explique.

\_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo/a toma algún medicamento? Si respondió que sí, indique cuál/es.

\_\_\_\_\_

4. Nombre/número de teléfono del pediatra

\_\_\_\_\_

5. Fecha de la última visita de control de salud del niño/a \_\_\_\_\_

6. Nombre/número de teléfono del dentista \_\_\_\_\_

7. Último examen dental \_\_\_\_\_

8. Nombre/número de teléfono del optometrista \_\_\_\_\_

9. Fecha del último examen ocular \_\_\_\_\_

10. ¿Qué farmacia usa su hijo/a (nombre y número de teléfono)?

\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares:**

¿Alguien en su familia (madre, padre, hermanos y abuelos) tiene actualmente o tiene antecedentes de los siguientes problemas?

Problema	¿Quién?	¿Lado materno o paterno?
<input type="checkbox"/> Asma		
<input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos/accidente cerebrovascular		
<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Cardiopatía		
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		
<input type="checkbox"/> Colesterol alto		
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental		
<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes		
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (drogas o alcohol)		
<input type="checkbox"/> Tuberculosis		
<input type="checkbox"/> Otro _____		

Doy mi consentimiento para que el/la menor mencionado/a anteriormente reciba servicios del Centro de Salud Escolar Franklin Primary Health Center. Los servicios pueden incluir lo siguiente: exámenes físicos de control de salud del niño/a, exámenes físicos deportivos, diagnóstico y tratamiento de afecciones agudas y crónicas, controles de la vista, dentales, lesiones menores, vacunas, asesoramiento de salud, recetas, asesoramiento conductual/de salud mental, presentaciones en el aula (según se asigne) y derivación para servicios que no se pueden proporcionar en FPHC SBHC.

Se me han explicado los derechos y responsabilidades como paciente de Franklin, el aviso de prácticas de privacidad y las políticas de quejas, y he recibido una copia. También me han informado que si tengo una queja o cualquier problema durante mi visita, pregunte por el gerente de la oficina. Iniciales \_\_\_\_\_

Cesión y liberación: Yo, el abajo firmante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Doy mi consentimiento para cualquier servicio prestado a mi hijo/a bajo las órdenes del médico. Autorizo el pago de beneficios de atención médica a FPHC, Inc. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos y tarifas de laboratorio de referencia que no sean pagados por el seguro. Por la presente, autorizo a FPHC, Inc., a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.

Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta que mi hijo/a salga/se gradúe de FPHC SBHC. Puedo revocar este formulario de consentimiento en cualquier momento.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de obtener respuestas a cualquiera de mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha