



Formulario de inscripción de
Healthy Kids Clinic
Estudiantes

Distrito: _____

Escuela: _____

Grado/Maestro: _____

Año Escolar 2022-2023

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE
Complete la siguiente información sobre su hijo:

Apellido del niño : Primer Nombre: Segundo Nombre: Fecha de Nacimiento: Seguro : Social #:

Sexo asignado al nacer: Male: Masculino Female: Femenino Nombre y apellido de TODOS los padres / tutores:

Dirección: Apartado de correos: Ciudad: Cremallera: Estado:

Teléfono residencial guardian : Teléfono movil: Teléfono del Trabajo:

Nombre y teléfono de contacto de emergencia (que no sea el tutor):

¿Qué farmacia utilizan? Ciudad: Teléfono:

Idioma: Inglés Español Otro: Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza: Blanco negro o afroamericano asiático nativo americano o nativo de Alaska Hawai Paci ic isleño

Como Centro de Salud Federalmente Calificado , Healthy Kids Clinic debe recopilar la siguiente información para garantizar que brindamos
¿Cuántas personas viven en tu casa? cial adecuadas, según sea necesario.

¿Cuántas personas viven en sucasa? ¿Cuál es el ingreso anual de su hogar?

¿Quién es el médico de atención primaria de su hijo? Teléfono: Fax:

¿Le gustaría que las notas de visita de su hijo se envíen a su médico de atención primaria? Sí No

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre de la compañía de seguros principal: Número de identificación:

Número de grupo: Dirección del titular de la póliza (si es diferente al paciente):

¿De quién es el nombre en la póliza? Fecha de nacimiento del titular de la póliza: Relación con el paciente:

Marque esta casilla si no tiene seguro médico. Puede ser contactado por nuestro departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

Historial médico pasado

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin historial médico pasado | <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sopro cardíaco Re lux gástrico |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo para la presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral o traumatismo craneoencefálico | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía | <input type="checkbox"/> Meningitis |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Aprendizaje del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Varicela |
| <input type="checkbox"/> Hernia | <input type="checkbox"/> Fumar |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> RSV | <input type="checkbox"/> Trastorno/Retraso |
| <input type="checkbox"/> Infección de la piel por SARM _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Antecedentes quirúrgicos pasados (con fecha incluida)

- Sin antecedentes quirúrgicos pasados
- Amigdalectomía: _____
- Adenoidectomía: _____
- Apendicectomía: _____
- Tubos auditivos: _____
- Incisión y drenaje: _____
- Otro _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Historia familiar (etiquete a continuación con: **M** para la madre, **F** para el padre, **S** para el hermano y **G** para el abuelo).

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad _____ | <input type="checkbox"/> Asma _____ | <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito _____ | <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía presión _____ | <input type="checkbox"/> Depresión _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones _____ | <input type="checkbox"/> arterial alta Anemia _____ | <input type="checkbox"/> Alta Cholesterol _____ |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo _____ | <input type="checkbox"/> de células falciformes _____ | <input type="checkbox"/> Sopro cardíaco _____ | <input type="checkbox"/> Marcapasos _____ | |
| <input type="checkbox"/> ¿Muerte inesperada o inexplicable antes de los 35 años? _____ | | | <input type="checkbox"/> desconocida _____ | |

Historial médico del estudiante

¿Su hijo toma actualmente algún medicamento? Sí No

Por favor, enumere cualquier medicamento con la dosis actual (cuánto y con qué frecuencia):

¿Medicamentos de emergencia guardados en la escuela? Sí No _____

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? Sí No _____

¿Su hijo es alérgico a factores ambientales (abejas, látex, nueces, alimentos, etc.)? Sí No

favor, anote cualquier alergia con tipo de reacción (erupción, hinchazón de los labios, no puede respirar, etc.):

Nombre del _____ tipo de reacción alérgica _____

¿Quién es el dentista de su hijo? _____

Consentimiento

Por favor, lea detenidamente, el FORMULARIO COMPLETO, FIRME y FECHA. El estudiante debe devolver este formulario a su maestro de aula. Notifique a Healthy Kids Clinic si hay algún cambio de salud o un cambio en la tutela. El consentimiento no caducará hasta que su el niño abandone el Distrito o la Clínica Healthy Kids le notifica por escrito que desea revocado

Doy mi consentimiento para _____
el nombre completo del estudiante Fecha de nacimiento Número de Seguro Social

para recibir los siguientes servicios en Cumberland Family Medical Center, Inc. Centros de Salud Escolares (PORFAVO PONGA SUS INICIALES):

_____ **Solo servicios de enfermería escolar** (incluida la evaluación de enfermedades, la administración de medicamentos de emergencia, los medicamentos de venta libre, el triaje básico) completados por un RN, LPN o MA. Los siguientes medicamentos de venta libre están disponibles para su hijo por la enfermera de la escuela si los síntomas lo consideran necesario:

Calamine	Antiácido (Tums)	Ungüento	antibiótico (Polysporin)
Crema de hidrocortisona	Benadryl		Claritin (for allergies)
Orajel	Gotas para la tos		Protector solar
Tylenol	Aloe Vera		Icy Hot (solo en la escuela secundaria)
Motrin/Advil	Spray Anti-picazón		Guaifenesin

*** Si NO da su consentimiento para que su hijo tiene cualquiera de los medicamentos enumerados, por favor trazan una línea a través del inicial al lado medicamento y**

_____ **Enfermera Practicante / Asistente Médico / Servicios de Telesalud Si desea ser contactado antes del examen, por favor inicial.** _____
(Examen del Niño Sano ios de telesalud para enfermedades agudas, exámenes de bienestar, pruebas exentas de CLIA, exámenes físicos deportivos, etc.)

_____ **Well Child Exam** (Físico anual para evaluar la altura, el peso, la visión, la audición, la orientación anticipatoria, etc.). **Si desea ser contactado antes del examen, por favor inicial** _____ **Fecha del último examen de bienestar** _____

_____ **Crisis de salud conductual** (I(En caso de crisis, se le puede pedir a un profesional de salud conductual de Healthy Kids Clinic que proporcione una evaluación o consulta para su estudiante. Se contactará a los padres.

_____ **No hay servicios en este momento** (esto incluye servicios de enfermería escolar)

Doy mi consentimiento al personal de Cumberland Family Medical Center, Inc. School Based Health Center (en adelante CFMC SBHC) para que brinde el tratamiento necesario, realice la prueba necesaria y documente la asistencia, las inmunizaciones y revise / documente en KYIR o In inite Campus cualquier otra información, si corresponde, que ayude al personal a brindar atención al paciente / mi- yo. Entiendo que CFMC proporcionará una copia de su Aviso de Privacidad y Prácticas hipaativas a petición mía, que también está disponible en www.cumberlandfamilymedical.com. **Autorizo a CFMC a divulgar cualquier información requerida para el pago de reclamos de seguro y autorizo que mi seguro, Medicare o Medicaid se pague directamente a la clínica. Entiendo que soy responsable de cualquier copago y/o deducible incurrido de mi plan de seguro. Si esto no se puede hacer, acepto hacer arreglos con la clínica. Autorizo al personal de CFMC SBHC a divulgar y recibir información médica del paciente / mis proveedores de atención primaria y especialistas. Doy mi consentimiento para que esta información de salud protegida se comparta con el personal del distrito escolar que pueda necesitar brindar atención en una situación de emergencia. Además, doy mi consentimiento para que el personal de CFMC SBHC, el personal de la Junta de Educación y el paciente / mi proveedor de atención primaria, se comuniquen y compartan afecciones médicas y psicológicas según sea necesario. en el entendimiento de que toda la información será tratada de manera concienzosa.**

FIRMA REQUERIDA

_____ **Firma del padre/tutor** _____ **Fecha de impresión** _____ **del nombre**

_____ **Firma del paciente (si tiene 18 años o más)** _____ **Imprimir fecha de nombre** _____ **del nombre**