

REGISTRO DE PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS		XXXXSCHOOL CENTRO DE SALUD DE LA ESCUELA		AÑO <b>2008</b>
<b>INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE</b>	Nombre del paciente (apellido paterno, primer nombre, inicial de segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Grado
			Número de estudiante	
	Dirección del paciente (calle, ciudad, estado y código postal)	Teléfono del hogar del paciente		
		Teléfono celular del paciente		
	Nombre(s) de padre(s) o tutor(es)	Sexo 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 Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra		
Dirección de padre(s) o tutor(es) (calle, ciudad, estado y código postal)	Teléfono del hogar			
	Teléfono del trabajo			
	Teléfono celular			
Nombre de la persona para contacto en caso de emergencia y relación con el paciente	Teléfono de contacto de emergencia - Hogar			
	Teléfono de contacto de emergencia - Celular			
	Teléfono de contacto de emergencia - Trabajo			
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>	Médico de cabecera o médico primario	Teléfono del médico de cabecera		
	Dirección del médico de cabecera			
	Nombre del seguro de salud (si no tiene, escriba N/A)	Si tiene cobertura de Medicaid <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield Salud <input type="checkbox"/> Lovelace Salud <input type="checkbox"/> Molina Salud <input type="checkbox"/> Presbyterian Salud <input type="checkbox"/> Fee-For-Service		
	Número de la póliza	Número de Medicaid:		
	Nombre del asegurado principal	Parentesco con el paciente		
<b>HISTORIAL CLÍNICO</b>	Enumere cualquier alergia	Enumere cualquier cirugía. Cuándo/Dónde	Enumere las hospitalizaciones. Cuándo/Dónde	Enumere los medicamentos y dosis que toma
Mencione cualquier padecimiento de salud familiar que se herede (por ejemplo, presión arterial alta, enfermedad cardíaca):				
<b>CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS</b>	<p>Autorizo a mi hijo mencionado más arriba a recibir servicios del centro de salud de la escuela (SBHC), y al personal de SBHC a acceder a su horario de clases (para propósitos de citas solamente). También autorizo al personal de SBHC a consultar y proporcionar información y registros a otros proveedores de salud física y mental —incluso a los profesionales de la salud escolar— para propósitos de evaluación de programas y de calidad de los servicios. Comprendo que los registros de salud son confidenciales y que no estarán abiertos para el personal de la escuela a menos que el padre o tutor otorgue consentimiento por escrito. Recibí una copia del Aviso de privacidad del proveedor. Comprendo que la ley de Nuevo México no requiere consentimiento paterno para tratar o aconsejar sobre enfermedades de transmisión sexual, embarazo o métodos anticonceptivos a menores de 18 años de edad, y sobre servicios relacionados con trastornos emocionales a jóvenes de 14 años o más.</p>			
	Firma del padre/tutor			Fecha
	Firma del paciente (si es mayor de 18 años)			Fecha