



Información y Consentimiento del Paciente

Nombre legal del paciente _____ Apellido legal del paciente _____ Nombre preferido _____
Escuela a la que asiste el estudiante _____ Grado actual _____ Género _____
Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Raza/Etnia _____
Nombre del padre/tutor legal _____ Teléfono _____
Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Médico del niño _____

El Estado de Illinois Requiere

La siguiente información debe completarse independientemente del *Estado de su Seguro*

¿Cuál es el ingreso familiar bruto anual aproximado? _____
Indique el número total de personas en el hogar _____
Jefe de hogar: Hombre Mujer
Lugar de trabajo del padre _____
Lugar de trabajo de la madre _____

OBLIGATORIO: Marque una de las siguientes opciones y proporcione información sobre el seguro si corresponde.

____ Doy fe de que TENGO seguro para la fecha del servicio. Doy permiso a School Health Link para presentar un reclamo al seguro que se enumera a continuación y acepto pagar todos los gastos que ocurran a partir de esta fecha de servicio que no estén cubiertos por el seguro.

____ Doy fe de que NO tengo ningún seguro para la fecha del servicio, privado o de otro tipo para mi hijo, que se indica arriba. Estoy de acuerdo en pagar \$25 por el examen físico de la escuela independientemente de los cambios en el estado del seguro. Entiendo que falsificar esta información es una violación de acuerdo con las reglas de V.F.C. (vacunas para niños). Acepto pagar \$15 por cada vacuna independientemente de los cambios en el estado del seguro.

If your child has the Illinois Medical Card (Medicaid), complete the following:

Transportista (circule uno): Meridian Aetna Molina ALL Kids BCBS (Medicaid)
Número de destinatario _____

If your child's health care is covered by Blue Cross Blue Shield, Humana, or United Healthcare (UMR), complete the following:

Compañía de seguros (circule uno): Blue Cross Blue Shield Humana United Healthcare (UMR)
Identificación de miembro: _____
Grupo #: _____
Nombre en la póliza: _____ PPO? sí no
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Titular de la póliza empleador: _____

Consentimiento del Paciente para el Tratamiento

Los servicios en la clínica pueden incluir lo siguiente:

1. Examen físico completo (escolar o deportivo)
2. Vacunas
3. Servicios de emergencia cuando no se puede localizar a los padres
4. Tratamiento de condiciones que pueden causar la exclusión de la escuela (tiña, impétigo, dolor de cabeza, dismenorrea, etc.)
5. Pruebas de laboratorio sencillas en el lugar (plomo, hemoglobina, embarazo, UA, azúcar en sangre)
6. Derivación al laboratorio local para pruebas más complejas
7. Asesoramiento nutricional
8. Servicios de educación para la salud individuales y/o grupales
9. Asesoramiento individual o familiar y derivación a agencias apropiadas según sea necesario
10. Asesoramiento, remisiones y servicios relacionados con la dependencia de sustancias químicas
11. Asesoramiento y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, servicios ginecológicos
12. Referencias dentales según sea necesario
13. Autorización para/obtener de la escuela: vacunas/visión y audición/nivel de plomo/fechas de cita y copia del Certificado de examen de salud infantil
14. Se puede utilizar correspondencia por correo postal de Estados Unidos.

Doy mi consentimiento voluntario a todos y cada uno de los tratamientos de atención médica y procedimientos de diagnóstico proporcionados por **School Health LINK Inc.**, sus médicos asociados, médicos y otro personal. Todas las preguntas y/o inquietudes se han abordado y explicado a mi satisfacción. Entiendo las implicaciones de dar mi consentimiento para la atención médica a través de **School Health LINK Inc.** Entiendo que puede ser necesario un seguimiento si alguna de las pruebas indica un tratamiento adicional. Los registros correspondientes de este paciente se enviarán al médico de familia cuando lo solicite.

Por la presente libero y eximo a **School Health LINK Inc.** y a sus agentes y empleados patrocinadores (Trinity Medical Center, Departamento de Salud del Condado de Rock Island y Escuelas de Rock Island/Milan) de toda responsabilidad por actuar de conformidad con este consentimiento y de una manera consistente con los estándares razonables de cuidado en la comunidad bajo estas circunstancias. El padre / tutor / estudiante tiene derecho a rechazar los servicios.

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida o la del paciente con el fin de obtener el pago de los servicios prestados a mí o al paciente, tratamiento y operaciones de atención médica de conformidad con **School Health LINK Inc.** Autorizo el pago de beneficios médicos al **School Health LINK Inc.** o su designado por los servicios prestados.

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

He leído, o me han explicado, información sobre las vacunas que se administrarán hoy, las enfermedades contra las que protegen las vacunas, las reacciones esperadas a las vacunas y las medidas de alivio de las reacciones. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. Entiendo los beneficios y riesgos de las vacunas y solicito que se me administren las vacunas indicadas a mí o a la persona nombrada a continuación, para quien estoy autorizado a realizar esta solicitud. Entiendo que este registro será mantenido por School Health LINK, Inc. Autorizo a School Health LINK, Inc. a divulgar los registros de vacunación a mi médico, escuela, Departamento de Salud Pública de Illinois o departamentos de salud cuando los solicite. Autorizo que los datos de vacunación se ingresen en el Registro de Inmunizaciones de Illinois, que es un sistema de información computarizado confidencial para los registros de vacunación, a menos que haya firmado un formulario de exención disponible a pedido.

Firma del Paciente o Persona Autorizada

Fecha

Testigo de School Health Link

Fecha

Lista de Verificación de Detección de Contraindicaciones de la Vacuna

Para padres/tutores: Las siguientes preguntas nos ayudarán a determinar qué vacunas se le pueden dar a su hijo hoy. Si responde "sí" a cualquier pregunta, no significa necesariamente que su hijo no deba vacunarse. Solo significa que se deben hacer preguntas adicionales. Si una pregunta no está clara, pídale a su proveedor de atención médica que se la explique.

	Sí	No	No Se
1. ¿Tiene el niño alergias a un componente de la vacuna o al látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido el niño una reacción grave a una vacuna en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido el niño problemas cerebrales u otros problemas del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>