



Healthy Kids Clinic
Formulario de
registro para los
estudiantes

Distrito: _____
Escuela: _____
Grado/Profesor: _____
Año escolar 2023-2024

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

Apellido del niño:	Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	# Seguro Social:
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Nombre y apellido de TODOS los padres/tutores:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular (del tutor):	Teléfono laboral (del tutor):		
Nombre y teléfono del contacto de emergencia (que no es el tutor ni vive con el niño):				

¿Cuál farmacia utilizan?	Ciudad:	Teléfono:
Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	Raza:	
Origen étnico: <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro:		
Como Centro de Salud Federalmente Calificado, Healthy Kids Clinic debe recopilar la siguiente información para garantizar que brindemos la atención médica adecuada y la asistencia administrativa, según sea necesario.		
¿Cuántas personas viven en su casa?	¿Qué es su ingreso familiar anual?	
¿Quién es el médico principal de su hijo?	Teléfono:	Fax:
¿Le gustaría que las notas de visita de su hijo se envíen a su médico principal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Nombre principal de la compañía de seguros:	Número de identificación:	
Número de grupo:	Dirección del titular de la póliza (si es diferente del paciente):	
¿De quién es el nombre en la póliza?	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Relación con el paciente:
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si no tiene seguro médico. Es posible que nuestro departamento de Servicios Financieros para Pacientes se comunique con usted.		

<i>Historia médica (del niño)</i>	<i>Antecedentes quirúrgicos (con fecha incluida)</i>
<input type="checkbox"/> Sin antecedentes médicos <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Comoción cerebral o traumatismo craneal <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Infección cutánea por SARM <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico de COVID-19 _____	<input type="checkbox"/> Sin antecedentes quirúrgicos <input type="checkbox"/> Amigdalectomía: _____ <input type="checkbox"/> Adenoidectomía: _____ <input type="checkbox"/> Apendicectomía: _____ <input type="checkbox"/> Tubos para los oídos: _____ <input type="checkbox"/> Incisión y drenaje: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____ _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I <input type="checkbox"/> Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Trastorno del habla <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Aprendizaje del desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno/retraso <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> TDAH <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Tabaquismo

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

<input type="checkbox"/> Ansiedad_	<input type="checkbox"/> Asma_____	<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita_	<input type="checkbox"/> Miocardiopatía_____	<input type="checkbox"/> Depresión_____
<input type="checkbox"/> Diabetes tipo I_____	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo II_____	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones__	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta____	<input type="checkbox"/> Colesterol alto_____
<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo_____	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco_____	<input type="checkbox"/> Marcapaso_____	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme____	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> ¿Muerte inesperada o inexplicable antes de los 35 años? _____				

Historia Médica del Estudiante

¿Su hijo toma actualmente algún medicamento? Sí No

Enumere todos los medicamentos con la dosis actual (cuánto y con qué frecuencia):

¿Medicamentos de emergencia en la escuela? Sí _____

No ¿Su hijo

es alérgico a algún medicamento? Sí No _____

¿Su hijo es alérgico a los factores ambientales (abejas, látex, nueces, alimentos, etc.)? Sí

No Por

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

Nombre del alérgeno

Tipo de Reacción

¿Quién es el dentista de su hijo? _____

Consentimiento

Doy mi consentimiento al personal del Centro de Salud Escolar de Cumberland Family Medical Center, Inc. (en adelante, CFMC SBHC) para que brinde el tratamiento necesario, realice la prueba necesaria y documente la asistencia, documente las vacunas y revise / documente en KYIR o In inite Campus cualquier otra información, si corresponde, que ayudará al personal a brindar atención al paciente / a mí mismo. Entiendo que CFMC proporcionará una copia de su Aviso de privacidad y prácticas de HIPAA 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, estoy de acuerdo en 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 médica protegida se comparta con el personal del distrito escolar que pueda necesitar 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 condiciones médicas y psicológicas según sea necesario, con el entendimiento de que toda la información se tratará de manera idéntica.

FIRMA REQUERIDA

Firma del padre/tutor

Nombre de

Fech

Firma del paciente (si tiene 18 años o

Nombre de

Fech