

# Inscripción – Clínica de Salud Basada en la Escuela



Stanton ISD



Glasscock County



Grady



Greenwood



Big Spring ISD

Año escolar: 2023-24

Grado/Campus \_\_\_\_\_

## Información de estudiante/paciente:

Nombre: (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (Inicial) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Masculino  Femenina

**Alergias:** \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria/pediatra \_\_\_\_\_

¿Problemas de salud? \_\_\_\_\_

**Farmacia de Preferencia:** \_\_\_\_\_

## Padre/Tutor/Parte Responsable

1. Nombre : (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

## Seguro

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Subscriber Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Miembro #/ID \_\_\_\_\_

## Agradecimientos:

\_\_\_\_ He sido informado de la HIPAA y las Prácticas de Privacidad y los Derechos y Responsabilidades del Paciente

Formulario de inscripción de devolución junto con fotocopia de la tarjeta de seguro y la identificación con foto para:

**Martin County Family Clinic – Registro de atención**

**Apartado de correos 640**

**79782, Stanton, Texas**

Fax - 432-607-3298 o correo electrónico - [registration@martinch.org](mailto:registration@martinch.org)



escanear para inscribirse electrónicamente

# MARTIN COUNTY FAMILY CLINIC – SCHOOL BASED CLINIC

600 East I-20 • P.O. Box 640  
Stanton, TX 79782  
(432) 607-3243 • (432) 607-3298 fax  
A Service of Martin County Hospital District

**2023-24**

## Consentimiento para el Tratamiento

Entiendo que si el tratamiento médico es necesario, un médico, enfermera practicante, asistente médico o otro proveedor de atención médica apropiado de Martin County Family Clinic realizará dicho tratamiento y procedimientos médicos a través de una visita de telesalud mientras el paciente (estudiante) está en el campus de la escuela.

Entiendo que las enfermeras practicantes (NP) y los asistentes médicos (PA) no son médicos, pero funcionan bajo la supervisión de un médico, ya sea directamente o a través de protocolos establecidos por un médico y que los NP y PA están formalmente capacitados para proporcionar servicios de atención médica diagnóstica, terapéutica y preventiva, según lo delegado por un médico. También entiendo que, al trabajar como miembros del equipo de atención médica, los NP y los PA toman historiales médicos, examinan a los pacientes, ordenan e interpretan pruebas de laboratorio y radiografías, y hacen diagnósticos. También tratan lesiones menores mediante sutura, férula y yeso.

Los proveedores registran notas de progreso, instruyen y aconsejan a los pacientes, ordenan o llevan a cabo terapia, o realizan procedimientos invasivos menores.

**Certificación de Paciente de Medicare/Medicaid:** Autorización para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago en virtud de los Títulos XVIII y XIX de la Ley de la Seguridad Social es correcta. Autorizo la divulgación de todos los registros necesarios para actuar sobre esta solicitud. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

**Asignación de beneficios de seguro:** Por la presente autorizo el pago directamente a Martin County Family Clinic de los beneficios de atención médica que de otro modo se me pagarían, incluido el seguro médico mayor y el pago de beneficios quirúrgicos o médicos, incluidos los médicos mayores, directamente al médico tratante, pero sin exceder los cargos regulares por estos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable ante la clínica y el proveedor de Martin County Family por los cargos no cubiertos por esta asignación.

**Autorización para la divulgación de información médica:** la clínica y los proveedores están autorizados a proporcionar cualquier información médica solicitada por las compañías de seguros con las que tengo cobertura o cualquier agencia pública, que puede estar ayudando en el pago de mi atención.

**Reembolso de beneficios de seguro:** Autorizo el reembolso de beneficios de seguro pagados en exceso de acuerdo con las condiciones de mi póliza de seguro donde mis coberturas están sujetas a una cláusula de coordinación de beneficios.

He leído y entiendo completamente el Reconocimiento de Tratamiento anterior y por la presente otorgo mi autorización y consentimiento para dicho tratamiento y procedimientos mientras estoy inscrito en el programa de salud basado en la escuela con Martin County Family Clinic.

**Nombre del paciente/estudiante:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

(Se requiere la firma del tutor si el paciente es menor de 18 años o se ha ordenado la tutela legal)

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Tiempo:** \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_