

PATIENT REGISTRATION AND CONSENT FOR SERVICES		WILSON MIDDLE SCHOOL SCHOOL BASED HEALTH CENTER		Fiscal Year: 2024-2025
STUDENT INFORMATION	Patient Name (last, first, middle)	Date of Birth	Social Security Number	Grade
	Patient Address (street, city, state, and zip)	Patient Phone :		
		Patient Sex: ☐ Male ☐ Female		
		Ethnicity: ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic ☐ Decline to specify		
	Parent(s)/Legal Guardian(s) Name(s)	Patient Race: ☐ Pacific Islander ☐ Black ☐ White ☐ Native American/Alaska Native TRIBE: _____		
	Parent/Legal Guardian Address ☐ SAME AS ABOVE	Home/Cell Phone		
	Emergency Contact Name and Relationship to Patient	Work Phone		
Emergency Phone - Home				
Emergency Phone - Cell				
		Emergency Phone Work		
INSURANCE INFORMATION	Primary Care Physician		Primary Care Physician Phone Number	
	Primary Care Physician Address			
	INSURANCE TYPE: ☐ PRIVATE ☐ NO INSURANCE		MEDICAID: ☐ YES ☐ NO (IF YES CIRCLE ONE BELOW)	
	Private Insurance Name:		Blue Cross/Blue Shield Western Skies Presbyterian Straight Medicaid	
	Policy Number		MEDICAID NUMBER:	
	Name of Policy Holder		Relationship to Patient	
HEALTH HISTORY	List any allergies	Current Medications/ Dosages	Current Medical Conditions	List ANY surgeries/hospitalizations
List any family health conditions which may be inherited (i.e. high blood pressure, heart disease):				
Date of student's last well exam:				
CONSENT FOR SERVICES	I give permission for my child, named above, to receive SBHC services while he/she is enrolled in this school and for SBHC staff to access my child's class schedule (for appointment purposes only). I understand that SBHC services are confidential, except in a life-threatening situation or when emergency services are needed and in accordance with the law. I give permission to the SBHC to exchange pertinent information to appropriate persons for the purpose of providing healthcare, diagnosis, treatment and counseling services, as well as for maintaining quality and safety. I understand that SBHC health records are confidential and will not be shared unless written consent is provided by the student and/or parent/guardian. I have received a copy of the the HIPAA Notice of Privacy Practices. I understand that New Mexico law does not require parental consent for treatment or advice about sexually transmitted diseases, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age and behavioral health counseling services to minors age 14 years or older. Unless I choose to withdraw my consent in writing, this authorization will continue for the entire period of time my child is enrolled in this school.			
	Signature of Parent/Guardian		Date	
	Signature of patient, if 18 years or older		Date	

REGISTRO DE PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS		FNCH - WILSON MIDDLE SCHOOL CENTRO DE SALUD DE LA ESCUELA		AÑO 24-25
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	Grado
	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 ☐ Masculino ☐ Femenino		
		Raza del paciente ☐ Negra ☐ Blanca ☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska		
		☐ Hispano ☐ Otra		
INFORMACIÓN DEL SEGURO	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		
INFORMACIÓN DEL SEGURO	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		
		☐ Blue Cross/Blue Shield ☐ Molina ☐ Presbyterian Salud		
	Número de la póliza	Número de Medicaid:		
	Nombre del asegurado principal	Parentesco con el paciente		
HISTORIAL CLÍNICO	Enumere cualquier alergia	Enumere cualquier Cirugía/Hospitalización	Enumere las condiciones médicas	Enumere los medicamentos y dosis que toma
Mencione cualquier padecimiento de salud familiar que se herede (por ejemplo, presión arterial alta, enfermedad cardíaca):				
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS	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 HIPAA 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.			
	Firma del padre/tutor			Fecha
	Firma del paciente (si es mayor de 18 años)			Fecha