



Formulario de consentimiento para servicios de salud

Nombre del distrito

Nombre del escuela

Complete el formulario de consentimiento a continuación para asegurarse de que el paciente tenga acceso a los servicios de salud ampliados en la escuela.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento del paciente
(MM/DD/AAAA)

Número de teléfono de contacto

Sexo al nacer: Masculino Femenino

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL Y CONTACTO

Relación del paciente:

Mi persona Padre Madre Abuelo Tutor legal Padrastro Madrastra

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico

Si el paciente es menor de 17 años, confirme que este contacto:

Puede acceder a la información médica Puede acceder a la información de facturación

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Otro

Dirección 1

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Relación del paciente:

Padre Madre Abuelo Tutor legal Padrastro Madrastra

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico

Si el paciente es menor de 17 años, confirme que este contacto:

Puede acceder a la información médica Puede acceder a la información de facturación

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA

Goodside Health factura a las compañías de seguros para cubrir los costos de brindar servicios de atención médica a los pacientes en las escuelas.

¿Tiene el paciente seguro médico? Sí No

En caso afirmativo:

Proveedor de seguros/Nombre del plan

Número de identificación de miembro

Número de grupo (si corresponde)

Nombre del titular de la póliza.

Apellido del titular de la póliza.

Relación del titular de la póliza con el paciente

Fecha de nacimiento del titular de la póliza
(MM/DD/AAAA)



INFORMACIÓN MÉDICA

Si lo recomienda un proveedor médico autorizado, los siguientes medicamentos (apropiados para la edad/peso) pueden ser administrados al paciente en la escuela:

- Aprobar todo Rechazar todo Dejarme elegir
- Tylenol/Acetaminofén (*dolor/fiebre*)
 - Advil/Motrin (*dolor/fiebre*)
 - Crema de hidrocortisona (*inflamación/picazón*)
 - Ungüento antibiótico/bacitracina (*cortes/infecciones*)
 - Benadryl/difenhidramina (*reacción alérgica*)
 - Pastillas para la garganta/benzocaína/mentol (*tos, dolor de garganta*)
 - Zofran/Ondansetron (*náuseas, vómitos*)
 - Claritin/Loratadina (*alergias, reacción alérgica*)
 - Jarabe para la tos/Dextrometorfano/Guaifenesina (*tos*)
 - Tums/carbonato de calcio (*malestar estomacal*)

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA

Goodside Health utiliza esta información para coordinar con el médico del paciente e informarle sobre cualquier visita a Goodside Health. Proporcionar los números de teléfono y fax permitirá que Goodside Health envíe un resumen de la visita al médico del paciente.

¿Tiene el paciente un médico de atención primaria? Sí No

Nombre del médico

Apellido del médico

Número de teléfono del médico

Número de fax del médico

¿Acepta compartir este historial médico con su médico de atención primaria? Sí No

¿Cuál es la farmacia preferida del paciente?

Nombre de la farmacia

Código postal



AUTORIZACIÓN

- He leído la Política de autorización y privacidad de servicios de Goodside Health SchoolMed y doy permiso para que el paciente reciba servicios de atención médica de proveedores de Goodside Health.**

(Las Prácticas de autorización y privacidad de los servicios de Goodside Health SchoolMed se pueden encontrar en <https://goodsidehealth.com/terms-conditions/>.)

- Doy mi consentimiento para que el paciente reciba una consulta anual de bienestar infantil* de Goodside Health durante un evento de cuidado del bienestar en la escuela del paciente.**

*Una Visita de cuidado de niño sano, también conocida como Chequeo de niño sano o Chequeo de salud infantil, es un servicio de atención médica preventiva recomendado que toma en cuenta las necesidades físicas y emocionales del paciente. Goodside Health brindará Visitas de bienestar infantil en ciertas escuelas participantes. Con este consentimiento, el paciente recibirá una Visita de bienestar infantil si este servicio se proporciona en la escuela del paciente.

Nombre del paciente

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal

Fecha