



Salud en Fort Morgan High School. Formulario de Autorización

Salud Family Health (Salud) proporcionará servicios médicos, dentales y de salud mental durante todo el año escolar. Todos los estudiantes pueden recibir servicios independientemente de si tienen seguro o su capacidad de pago. Si el estudiante no tiene ninguna cobertura de seguro médico, por favor comuníquese con nosotros, estamos aquí para ayudarle a solicitar seguros y descuentos.

Complete la siguiente información para inscribir a el estudiante en nuestros servicios. Toda la información proporcionada se mantendrá de manera confidencial.

1. Por favor ingrese la información del estudiante

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido(s)
<hr/>		
Nombre de preferencia	Idioma de preferencia	
<hr/>		
Dirección Postal	Ciudad	Estado
<hr/>		
Código postal	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
<hr/>		
Correo electrónico		
<hr/>		
Teléfono de preferencia		
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo		
Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
<hr/>		

2. Por favor responda las siguientes preguntas demográficas sobre el estudiante

- ¿Sexo designado al nacer?
- ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Intersexual ☐ Desconocido
- ¿En este momento, esta sin vivienda?
- ☐ Sí ☐ No
- ¿Vive en una vivienda pública? (Sección 8, una casa diferente a un refugio para personas sin hogar)
- ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es la etnicidad del estudiante?
☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Otro
☐ Prefiere no especificar

Si seleccionó Otro, por favor especifique la etnicidad del paciente

¿Cuál es la raza del estudiante?
☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Nativo de Hawái ☐ Blanco ☐ Isleño del Pacífico
☐ Negro o Afroamericano ☐ Otro
☐ Prefiere no especificar

Si seleccionó Otro, por favor especifique la raza del paciente

3. Por favor ingrese la información del padre o tutor legal del estudiante

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
<hr/>		
Idioma de preferencia	Fecha de nacimiento	
<hr/>		
Dirección postal (si es diferente a la del paciente)	Ciudad	Estado
<hr/>		
Código postal	Número de Seguro Social	Correo electrónico
<hr/>		
Teléfono de preferencia		
☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo		
Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo
<hr/>		

4. Salud Family Health recibe fondos especiales para proporcionar servicios con descuento para pacientes de cierta población. Por favor responda las siguientes preguntas:

En algún momento en los dos años pasados, ¿alguien de su familia ha trabajado o transportado plantas, árboles o animales de granja?

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿ha tenido que establecerse en una casa temporal para realizar ese trabajo?

☐ Sí ☐ No

En algún momento, ¿usted o alguien de su familia se retiró de un empleo trabajando o transportando plantas, árboles o animales de granja?

☐ Sí ☐ No

5. Como centro de atención médica federalmente calificado, se requiere que Salud haga las siguientes preguntas sobre los niveles de ingreso, esto no afectará su elegibilidad.

¿Cuál es su ingreso familiar estimado antes de impuestos?

Frecuencia con la que se calcula el ingreso
☐ Mensual ☐ Anual

¿Número de personas en el hogar que dependen de estos ingresos?

6. Información del seguro médico

Mi estudiante tiene cobertura medica

☐ Sí ☐ No

Nombre de la aseguradora

Número de Identificación del seguro

Nombre del titular en la póliza

Número de grupo

7. Información de la farmacia de preferencia

Nombre de la farmacia

Ciudad donde está ubicada la farmacia

Dirección

8. Acuerdo de Divulgación- Opcional Compartiremos la información médica del estudiante, según sea necesario, con la persona que usted designe a continuación. Podemos llamar, enviar mensajes de texto o dejar mensajes de voz a los números de teléfono especificados. También responderemos las preguntas que tengan cuando nos contacten. Después de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad, ¿quiere designar a un miembro de la familia o a otra persona con la que podamos divulgar la información médica del estudiante?

Nombre

Dirección

Relación con el paciente

Número de teléfono

Notas específicas

9. Contacto de Emergencia. Por favor ingrese a continuación la información de la persona a la que podamos contactar en caso de una emergencia. Por favor tenga en cuenta que esto no otorga acceso a la información médica del estudiante, a menos que usted especifique lo contrario. .

Nombre del contacto de emergencia

Relación con el paciente

Número de teléfono

Notas específicas

10. Autorización de Comunicación Electrónica. Los números de teléfono que proporcionó en la seccion inicial se utilizarán para enviarle mensajes por mensajería de texto y/o voz sobre recordatorios de citas, para comunicarnos con usted sobre resultados o visitas de telemedicina. Es su responsabilidad mantenernos actualizados con la información del

estudiante para que podamos localizarlo. Si desea recibir comunicaciones a través de otros medios o en otros lugares por favor avise a un miembro del personal de Salud.

¿Desea optar por NO recibir comunicaciones a través de mensajería de texto?

☐ Sí ☐ No

Salud participa en intercambios electrónicos de información médica para compartir su información médica con otros proveedores de atención médica cuando sea relevante para su atención, tales como visitas a hospitales. Puede optar por no participar en este intercambio de información médica si así lo desea. ¿Quiere optar por NO compartir su información médica en cualquier intercambio de información de médica??

☐ Sí ☐ No

Autorización para el Menor de Edad

Necesitamos la autorización de un padre o tutor legal para proporcionar servicios de atención médica a un niño menor de edad (menor de 18 años). Con tantos padres trabajando fuera de casa o con otros compromisos, entendemos que es posible que no pueda acompañar al estudiante menor de edad en cada visita. En ese caso, por favor firme la autorización en el enlace a continuación para autorizarnos a atender al menor acompañado por otro adulto o si el estudiante es mayor de 13 años, para autorizar la atención del menor sin acompañante.

Si decide darnos alguna de estas autorizaciones para que su estudiante menor pueda venir con otra persona que no sea su padre o tutor legal o para que el menor venga sin la presencia de un padre o tutor legal, imprima y firme la autorización y envíela con el estudiante a su cita.

[AUTORIZACIÓN PARA QUE UN MENOR PUEDA SER ACOMPAÑADO DE UNA PERSONA QUE NO SEA SU PADRE O TUTOR LEGAL](#)

[AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD SIN LA PRESENCIA DE UN PADRE/TUTOR LEGAL](#)

11. Doy mi permiso y autorizo a que el estudiante reciba los siguientes servicios:

☐ Servicios Médicos

☐ Servicios Dentales

☐ Servicios de Salud Mental

Se adjunta una copia de las políticas y formularios de autorización de Salud que también se puede encontrar en saludclinic.org. Estos documentos explican todas nuestras políticas y cómo se compartirá o conservará la información médica protegida confidencialmente

Signature

Date