



**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS
DE HEALTHCARE NETWORK EN LA ESCUELA**

Healthcare Network está trabajando con la escuela de su hijo para brindar servicios de atención médica en la escuela; esto permite proveer una mejor atención a su hijo y que recibirla sea más sencillo. Para participar, complete los siguientes formularios.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sufijo:	Fecha de nacimiento:	No. Estudiante:
Dirección:			N.º de Seguro Social (SSN): _____ - _____ - _____		
Ciudad, estado, código postal:			Sexo: o hombre o mujer		
Dirección alternativa o casilla de correo:					
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Dirección de correo electrónico:		
DATOS DEMOGRÁFICOS					
Idioma de preferencia: o Inglés o Español o Criollo o Otro: _____ Etnia: o Hispano o latino/español o No hispano o no latino o Otro: _____	Raza: o Indio americano o nativo de Alaska o Asiático o Negro o afroamericano o Haitiano o Mexicano Indio americano o Otro isleño del Pacífico o Otra raza: _____ o Blanco		Campos FQHC/UDS: ¿Es usted o alguien en su hogar un trabajador agrícola? Trabajador agrícola Sí ☐ o No ☐ Si es así, rodee una opción con un círculo - migrante ☐ - estacional ☐ Persona sin hogar Sí ☐ o No ☐ Vivienda pública Sí ☐ o No ☐ Condición de veterano Sí ☐ o No ☐ Tamaño de la familia: _____ Se niega a responder ☐ Ingresos anuales: _____ Se niega a responder ☐		
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre y apellido:		Relación:	Número de teléfono:		
PARIENTE MÁS CERCANO					
Nombre y apellido:		Relación:	Número de teléfono:		
TUTOR					
Nombre y apellido:		Relación:	Número de teléfono:		
GARANTE					
Nombre:		Relación:	Número de teléfono:		

Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social (SSN):	Sexo legal:
Dirección:		Ciudad, estado, código postal:
PREFERENCIAS DEL PACIENTE		
Farmacia de preferencia:	Laboratorio de preferencia:	
PREFERENCIAS DE MENSAJERÍA AUTOMÁTICA DEL COMUNICADOR		
Tenemos la capacidad de enviarle correos electrónicos y/o mensajes de texto. Revise el consentimiento a continuación y firme.		
*El consultorio no cobra por este servicio, pero se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes de texto según lo dispuesto en su plan inalámbrico (comuníquese con su proveedor de telefonía celular para conocer precios, planes y detalles).		
Notificaciones de salud	☐ correo electrónico	☐ teléfono ☐ mensaje de texto
Citas	☐ correo electrónico	☐ teléfono ☐ mensaje de texto
Anuncios	☐ correo electrónico	☐ teléfono ☐ mensaje de texto
Facturación	☐ correo electrónico	☐ teléfono ☐ mensaje de texto
Firma del paciente (Si es menor, firma del garante o tutor)		Fecha:

ANTECEDENTES DE SALUD

1. ☐ Sí ☐ No ¿El niño es alérgico a algún medicamento/alimento/material?
En caso afirmativo, explique: _____
2. ☐ Sí ☐ No ¿El niño está tomando algún medicamento?
En caso afirmativo, indique cuáles: _____
3. ☐ Sí ☐ No ¿El niño está recibiendo tratamiento para alguna enfermedad?
En caso afirmativo, explique: _____
4. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez el niño tuvo alguna enfermedad grave o fue hospitalizado?
En caso afirmativo, explique: _____
5. ☐ Sí ☐ No ¿Alguna vez el niño recibió una transfusión de sangre?
6. ☐ Sí ☐ No ¿Tiene el niño una discapacidad física, mental o emocional?
7. ☐ Sí ☐ No ¿Se le cepillan los dientes al niño a diario?
¿Cuántas veces? _____
8. ☐ Sí ☐ No ¿Se utiliza pasta dental con flúor?
9. ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido el niño alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes?
10. ☐ Sí ☐ No ¿El niño se chupa el pulgar, el dedo o usa chupón?
11. ☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido el niño algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia?
12. ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo actualmente experimenta dolor o malestar dental?

¿Su hijo ha tenido algún antecedente, dificultad o diagnóstico de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ soplo cardíaco | ☐ cáncer | ☐ audición | ☐ problemas cardíacos |
| ☐ SIDA/VIH | ☐ abuso de drogas | ☐ hepatitis/enfermedad hepática | ☐ embarazo |
| ☐ anemia | ☐ diabetes | ☐ presión arterial alta | ☐ radiación/quimioterapia |
| ☐ artritis | ☐ epilepsia | ☐ reemplazo de articulaciones | ☐ fiebre reumática/ |
| ☐ huesos/articulaciones | ☐ desmayos/convulsiones | ☐ problemas renales | ☐ anemia falciforme |
| ☐ asma | ☐ parálisis cerebral | ☐ alergia al látex | ☐ consumo de tabaco/ |
| ☐ trastornos hemorrágicos | ☐ problemas de crecimiento | ☐ problemas de salud mental | tabaquismo |

☐ otros problemas: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Información del seguro (si su hijo tiene Medicaid):

Proveedor de Medicaid: _____ N.º de Medicaid: _____

Información del seguro (si su hijo tiene un seguro privado):

Nombre del seguro: _____ N.º de teléfono del seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Empleador: _____

Identif. del titular de la póliza o SSN: _____ N.º de seg. grupal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de teléfono del titular: _____

Información del seguro (si su hijo tiene seguro dental privado):

Nombre del seguro: _____ N.º de teléfono del seguro: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Empleador: _____

Identif. del titular de la póliza o SSN: _____ N.º de seg. grupal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ N.º de teléfono del titular: _____

Programa de escala de tarifas móviles:

Healthcare Network ofrece un programa de escala de tarifas móviles para personas que califican financieramente. Comuníquese con nosotros al 239-658-3000 si tiene alguna pregunta, o consulte nuestro sitio web para obtener más información, www.HealthcareSWFL.org.

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario, entiendo que doy mi consentimiento y autorizo lo siguiente:

1. Autorizo a Healthcare Network, sus establecimientos o centros de tratamiento, sus médicos, dentistas, proveedores de salud conductual afiliados y otro personal médico a cargo de mi atención o la de mi hijo, a realizar exámenes y tratamientos, según se considere médicamente necesario en el ejercicio de su criterio profesional. Esto incluye, entre otros, consultas de bienestar, consultas por enfermedad, gestión de medicamentos y consultas de emergencia.
2. Autorizo a Healthcare Network a vacunar a mi hijo y/o administrarle una dosis contra la gripe si es necesario.
3. Autorizo a Healthcare Network a realizar exámenes dentales, médicos y de salud conductual a mi hijo.
4. Autorizo a Healthcare Network a brindar tratamiento de salud conductual a mi hijo.
5. Autorizo la divulgación de información sobre la información de mi hijo a mi proveedor de seguro o Medicaid para que Healthcare Network pueda presentar reclamaciones.
6. Acuso recibo del aviso de Healthcare Networks sobre prácticas de privacidad y derechos de los pacientes que se encuentran en www.HealthcareSWFL.org/patient-rights/.
7. Autorizo a Healthcare Network a utilizar Surescripts, Inc. para buscar recetas pasadas/presentes que le hayan extendido a mi hijo.
8. Entiendo que las historias clínicas de mi hijo se mantendrán separadas de los registros escolares y que si necesito una copia tendré que comunicarme con Healthcare Network.
9. Entiendo que Healthcare Network hará todo lo posible para comunicarse conmigo por teléfono cada vez que mi hijo esté siendo atendido, pero si no pueden localizarme, autorizo a Healthcare Network a brindar la atención descrita anteriormente.

Si desea excluir específicamente el consentimiento o la autorización para un número anterior o un servicio específico, indíquelo aquí: _____

Tenga en cuenta que no dar su consentimiento/autorizar ciertos aspectos de la atención puede limitar la capacidad de Healthcare Networks para brindar atención a su hijo. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento; para hacerlo, llame a Healthcare Network al 239-658-3000.

Firma

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha