

Formulario de inscripción

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente

Primer

Segundo

Apellido

Número de Seguro Social

SSN

Fecha de nacimiento

Fecha

Sexo al nacer (masculino o femenino)

Dirección

Direccion

Calle/Avenida

Ciudad, Estado, Código Postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono de domicilio

Numero

Número de teléfono celular

Numero

¿Podemos dejar un mensaje?

Si

No

Último grado completado

Vivienda pública

Si

No

Dirección de correo electrónico

Método de Contacto Preferido

Portal electrónico (a través de mensajes seguros)

mensaje de voz

correo electrónico

text/SMS

Etnicidad

Hispano

No-Hispano

Negarse a contestar

Raza

Asian

Asian Indian

Chinese

Korean

Filipino

Vietnamese

Japanese

Native Hawaiian

Pacific Islander

Guamanian/Chamorro

Samoan

Black/African American

Native American

White

Raza No Listado Aquí

Prefiero no compartir

Orientación Sexual (por favor solo marque una casilla)

Heterosexual

Gay

Lesbiana

Bisexual

Otro

No lo sé

Negarse a contestar

País de Origen

Origen

Género (por favor solo marque una casilla)

Masculino

Femenino

Hombre transgénero (femenino a masculino)

Mujer transgénero (masculino a femenino)

Otro

Negarse a contestar

Empleador

Empleador

Veterano

Si

No

Estado civil

Soltero(a)

Casado(a)

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Language Preferido

Language Preferido

Nombre de la Farmacia

Nombre de la Farmacia

PARA NIÑOS

Nombre de la Madre/Guardián

Nombre

Número de Teléfono

Telefono

Nombre del Padre/Guardián

Nombre

Número de Teléfono

Telefono

Niño(a) vive con

Madre

Padre

Guardián

Apellido de soltera de la madre

Nombre

Las personas mencionadas anteriormente pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo.

Firma del Paciente/Guardián

Firma del Representante Legal

Fecha

Formulario de inscripción

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Por medio de la presente, doy permiso a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación para recibir información sobre la atención del paciente mencionado anteriormente.

Nombre

Relación con el paciente

Relacion

Número de Teléfono

Numero

Nombre

Relación con el paciente

Relacion

Número de Teléfono

Numero

Nombre

Relación con el paciente

Relacion

Número de Teléfono

Numero

Nombre

Relación con el paciente

Relacion

Número de Teléfono

Numero

*Las personas mencionadas anteriormente NO pueden firmar el consentimiento para el tratamiento en nombre de mi hijo(a).

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia

Nombre

Número de Teléfono

Numero

Relación con el paciente

☐Espos(a)

☐Hijo(a)

☐Otro (por favor especifique)

INFORMACIÓN FINANCIERA/SEGURO

(por favor facilite su tarjeta de seguro médico al recepcionista)

Nombre de la persona responsable por la factura

Nombre

Fecha de nacimiento

Fecha

Número de Seguro Social

SSN

Número de Teléfono

Numero

Dirección

Direccion

Calle/Avenida

Ciudad, Estado, Código Postal

Ingresos del hogar

\$

Número de Dependientes

Numero

☐Yr.

☐Mo.

☐Wk.

☐Bi-wkly

espos(a)/niños menores de 18

Seguro Primario

Primario

Nombre del Asegurado

Nombre

Número de Póliza

Numero

Seguro Secundario

Seguro

Nombre del Asegurado

Nombre

Número de Póliza

Numero

Relación del paciente con el asegurado

☐Usted

☐Espos(a)

☐Hijo(a)

☐Otro (por favor especifique)

Otro

Complete a Continuación SOLO Para Seguro Privado

Nombre	Numero	Grupo
Nombre del Empleador	Número de Teléfono del Empleador	Grupo #

Formulario de inscripción

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA RECIBIR TRATAMIENTO Y AVISO DE PRIVACIDAD

Confirmo que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Asimismo, confirmo que solicito atención médica y tratamiento por parte de Optimus Health Care, Inc. y acepto recibir servicios que pueden diagnosticar una afección médica, procedimientos para tratar mi afección, así como atención dental, médica y de salud mental de rutina. Acepto que la atención médica de rutina también puede incluir vacunas. Entiendo que los servicios en mención me serán proporcionados por médicos, dentistas, personal de enfermería profesional, parteras, asistentes médicos y otros proveedores de atención médica y que algunos de estos podrían estar en capacitación. No se me brindó ninguna garantía respecto a los resultados de los servicios que recibiré. Confirmo que leí el Aviso de prácticas de privacidad, la Política de "inasistencia" a las citas y la Declaración de derechos del paciente de Optimus Health Care, Inc en el idioma que comprendo. De igual modo, entiendo que puedo solicitar otra copia de dichos documentos en cualquier momento. Autorizo a Optimus Health Care, Inc. o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones. Además, entiendo que soy económicamente responsable de cualquier saldo a pagar, independientemente del seguro o los acuerdos establecidos con un tercero.

Firma del paciente/tutor

Firma del representante legal

Fecha

☐

Al marcar esta casilla, confirmo que el paciente mencionado anteriormente no debe recibir ninguna vacuna sin mi consentimiento verbal al momento de la cita o vacunación.

Firma del paciente/tutor

Firma del representante legal

Fecha

Formulario de inscripción



Derechos del Paciente

Todos los pacientes de Optimus Health Care, Inc. tienen derechos y responsabilidades mencionadas a continuación:

1. El paciente tiene derecho a información y confidencialidad sobre su condición médica y plan de tratamiento.
2. El paciente tiene derecho a información sobre los servicios y sistema de cobertura después de horas de oficina que ofrece Optimus Health Care, Inc.
3. El paciente tiene el derecho a información sobre proyectos de investigaciones que puedan incluirlo/la, y el derecho de negarse a participar en tal proyectos.
4. El paciente tiene el derecho a su expediente médico cuando lo solicite.
5. El paciente tiene el derecho a información sobre nuestro costo, cargos y póliza de reembolso de Optimus Health Care, Inc.
6. El paciente tiene derecho a recibir tratamiento ofrecido con consideración, respeto y privacidad.
7. El paciente tiene derecho de ser evaluado para el dolor y ser tratado o referido a un especialista.
8. El paciente tiene el derecho a una segunda opinión de otro médico de su preferencia.
9. El paciente tiene la derecha a presentar su queja, solicitando una resolución sobre su asunto. Tienen el derecho a pedir que se hagan cambios en procesos según afectan los servicios que se les provee. Tienen el derecho a comunicarse directamente con la junta de comisión por la cual estamos acreditados al www.jointcommission.org.

Formulario de inscripción

No Mostrar Política

Información para nuestros pacientes con respecto a Optimus Health Care, Inc. No mostrar política estimado paciente, por favor tenga en cuenta lo siguiente:

- Si usted pierde tres (3) citas dentro de un periodo de seis (6) mes usted será marcado como un “frecuente no show” paciente y solo se le permitirá programar una cita durante las horas de oficina designada.
- Esta póliza se aplica a los pacientes médicos, dentales, pediátricos, de salud conductual y de Ginecología.
- Todavía le proporcionaremos cuidado durante las horas designadas. Este es un esfuerzo para mejorar el acceso a la atención de todos los pacientes.
- Usted tienes el derecho de apelar la política de no show. El personal de la oficina puede guiarle en el proceso. Una decisión será tomado dentro de 30 días.

Sobre Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad

Tenemos un compromiso de proteger la información referente a su salud personal, de acuerdo con la ley. El Aviso de Practicas de Privacidad adjunta estipula lo siguiente:

- Nuestras obligaciones legales relacionadas con la información de su salud personal
- Como podemos utilizar la información de su salud en nuestro poder
- Sus derechos relacionados a la información de su salud personal
- Nuestros derechos para cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad
- Como presentar una queja si usted cree que su derecho a privacidad ha sido violado
- Las condiciones aplicables a los usos y divulgación no descritos en este Aviso.
- La persona a contactar para recibir más información sobre nuestras prácticas de privacidad.

Estamos obligados por ley a darle una copia de este Aviso y solicitar un reconocimiento por escrito que usted ha recibido una copia.

Formulario de inscripción

PARA EL REGISTRO DEL CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA

Nombre de escuela Nombre Grado Grado Numero de clase Numero

Número de móvil del estudiante Numero de movil

MEDICAL HISTORY/ALLERGIES		
¿El paciente tiene alguna condición médica?	☐ Si	☐ No
¿Toma el paciente algún medicamento? (Incluyendo los inhaladores)	☐ Si	☐ No
¿Tiene el paciente alguna alergia a alimentos, medicamentos o anestésicos locales?	☐ Si	☐ No
¿Lleva el paciente un EPI-PEN a la escuela en caso de una reacción alérgica?	☐ Si	☐ No
¿Ha tenido el paciente alguna lesión grave?	☐ Si	☐ No
¿Tiene el paciente un defecto de nacimiento o de corazón?	☐ Si	☐ No
¿Tiene el paciente antecedentes de problemas cardíacos o cirugía?	☐ Si	☐ No
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía en el pasado?	☐ Si	☐ No
¿Se le ha colocado al paciente alguna derivación o tiene un catéter permanente?	☐ Si	☐ No
¿Fuma o mastica tabaco el paciente?	☐ Si	☐ No
¿Ha sido el paciente hospitalizado por más de una noche? (salud mental o médica)	☐ Si	☐ No
¿Tiene el paciente algún problema de comportamiento que le preocupe? (Ej: concentrarse, completar tareas, ataques de ira, faltar a clases/escuela, no aceptar la responsabilidad de sus acciones)	☐ Si	☐ No
¿El paciente lucha con algún problema de relación social? (Ej.: no llevarse bien con amigos/compañeros o familiares, ser capaz de mantenerse ordenado/limpio/cuidar de sí mismo)	☐ Si	☐ No
¿Tiene el paciente algún problema para motivarse, preocuparse más de lo debido, sentirse bien consigo mismo?	☐ Si	☐ No
¿Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor comente.		
Enumere cualquier inquietud que tenga con respecto a la salud física o mental de su hijo.		

Formulario de inscripción

HISTORIAL DENTAL				
¿Algún dolor o problemas con los dientes?			☐ Si	☐ No
¿Cualquier sangrado al cepillarse o usar hilo dental?			☐ Si	☐ No
¿Ha tenido una limpieza dental en los últimos 6 meses?			☐ Si	☐ No
¿Se necesita premedicación con antibióticos antes de los procedimientos dentales?			☐ Si	☐ No
Si respondió sí a cualquiera de los anteriores, por favor comente:				
HISTORIAL FAMILIAR				
Seleccione		Enfermedad	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Diabetes, trastorno endocrino (tiroide	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Cáncer	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Problema cardíaco, accidente cerebro	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Hipertensión	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Trastorno de la sangre, incluida la ane	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Trastornos de coagulación	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Problemas respiratorios, incluido asm	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Enfermedad mental (ej. depresión)	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Problemas de alcohol / drogas	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Infecciones (TB / VIH / SIDA)	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Muerte antes de los 50 años	Relativo	Explique
☐ Si	☐ No	Otro	Relativo	Explique

Formulario de inscripción

CONSENTIMIENTO Y FIRMA DEL PADRE/TUTOR

Yo, el padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los servicios indicados anteriormente en el centro de salud de la escuela.

- ☐ Entiendo que este consentimiento será válido por dos años o hasta que proporcione al personal del centro de salud de la escuela un aviso por escrito de mi revocación.
- ☐ Entiendo que mi consentimiento permite que el personal del centro de salud de la escuela comunique la información de salud de mi hijo, según sea necesario, a la enfermera de la escuela y al médico habitual de su hijo (si corresponde) con el entendimiento de que esta información seguirá siendo tratada como confidencial bajo la
- ☐ El personal del Centro basado en la escuela cooperará y se comunicará con el personal de la Junta de Educación siempre que el comportamiento o la salud del estudiante pueda resultar en un riesgo de daño para el estudiante
- ☐ Se aplican restricciones especiales para divulgaciones relacionadas con cierta información de salud, como información relacionada con el VIH o registros relacionados con el abuso de sustancias o el tratamiento de salud
 - ☐ En general, divulgaremos dicha información solo con una autorización que permita explícitamente la divulgación de dicha información o según lo permita o exija la ley.
- ☐ Por ley, no se requiere el consentimiento de los padres para la realización de evaluaciones obligatorias, la aplicación de tratamiento de primeros auxilios, atención prenatal, servicios relacionados con el comportamiento sexual y la prevención del embarazo, y la prestación de servicios donde la salud del estudiante parece estar en peligro. Se alentará a los estudiantes que reciben atención en el Centro basado en la escuela a que involucren a
- ☐ Doy mi consentimiento para que el centro de salud divulgue información sobre el tratamiento a terceros pagadores con fines de facturación.
- ☐ Entiendo que a ningún estudiante se le negará el acceso a los servicios de atención médica debido a la incapacidad de pago. Cuando esté disponible, el centro basado en la escuela facturará al seguro oa Medicaid.
- ☐ Entiendo que el personal del Centro basado en la escuela mantendrá la confidencialidad entre mi hijo y el personal del centro de salud para ciertos servicios siguiendo la ley aplicable. Por ley, cierta información requiere el consentimiento por escrito de su hijo antes de divulgarla a cualquier persona, incluidos los padres/tutores. El personal del centro de salud alentará a todos los estudiantes a involucrar a sus padres/tutores en las decisiones

Soy el tutor legal del niño mencionado anteriormente. Entiendo que el tutor legal debe firmar un nuevo consentimiento si cambia la tutela. Al proporcionar un contacto alternativo, también entiendo que la información médica sobre el niño mencionado anteriormente se compartirá entre el médico/personal del Centro con base en la escuela y el contacto alternativo si el Centro con base en la escuela no puede comunicarse conmigo.

Parent/Guardian Consent & Signature

Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS MÉDICOS EN EL CENTRO.	☐ Si	☐ No
Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS DENTALES EN EL CENTRO / MÓVI	☐ Si	☐ No
Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO EN EL CENTRO	☐ Si	☐ No

Firma		Fecha	Fecha
Imprimir nombre	Nombre	Relación	Relacion

Formulario de inscripción

CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

El Centro de salud escolar de Optimus Health Care, Inc. ("Optimus") en la escuela de su hijo ahora ofrece servicios de telemedicina. Los servicios de telemedicina se llevan a cabo mediante videoconferencia bidireccional para tratar ciertas afecciones médicas, como: asma, alergias, bronquitis y otras infecciones menores, y para brindar servicios de salud conductual, incluida la terapia individual y grupal. Las visitas de telemedicina son una manera conveniente y fácil para que su hijo reciba atención médica mientras está en casa o en una habitación privada en la escuela, si está disponible. Al igual que con la atención en persona de su hijo en el Centro de salud escolar, Optimus debe obtener su consentimiento para brindar servicios de telemedicina a su hijo.

Entiendo y acepto que:

- 1. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") que protege la privacidad de la información médica también se aplica a los servicios de telemedicina.
- 2. Puedo en cualquier momento revocar mi consentimiento para tratar a mi hijo usando los servicios de telemedicina enviando una carta a la oficina del Centro de Salud Escolar en la escuela de mi hijo. Además, entiendo que dicha revocación no afectará la capacidad de mi hijo para recibir atención en persona en el Centro
- 3. Los beneficios de la telemedicina incluyen un mejor acceso a la atención médica o de salud conductual y una evaluación y gestión más eficientes de las necesidades médicas o de salud conductual.
- 4. Los riesgos relacionados con los servicios de telemedicina incluyen, entre otros, la transmisión de la información de salud de mi hijo interceptada y a la que acceden personas no autorizadas, a pesar del uso por parte de Optimus de una plataforma de telemedicina que cumple con HIPAA y otros protocolos de seguridad que existen y la transmisión podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas que impidan continuar la
- 5. La alternativa a la telemedicina son los encuentros en persona y dichos encuentros están disponibles para mi hijo
- 6. El médico de Optimus puede cancelar una visita de telemedicina si determina que la afección médica o de salud conductual de mi hijo no se puede abordar virtualmente de manera adecuada, o que la información transmitida no tiene la calidad suficiente para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas. En tales circunstancias, el médico programará a mi hijo para la próxima cita en persona disponible para recibir atención o
- 7. Es posible que Optimus tenga que cancelar los servicios de telemedicina si se revocan las leyes o los decretos ejecutivos que permiten la prestación de atención de esta manera.
- 8. Si mi hijo está en casa durante una cita de telemedicina, le proporcionaré un espacio privado detrás de puertas cerradas y, si es posible, le proporcionaré auriculares para tener privacidad.
- 9. Se facturará a mi seguro o a la cobertura de Medicaid de mi hijo por los servicios de telemedicina prestados. A los niños sin cobertura de seguro no se les negará la atención de telemedicina.
- 10. Puedo hablar con el médico clínico del Optimus School-Based Health Center si tengo alguna pregunta sobre la telemedicina o en cualquier momento después de firmar este formulario.

He leído y entiendo la información provista en este formulario de consentimiento de telemedicina y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de telemedicina según corresponda.

Doy permiso a mi hijo para obtener SERVICIOS DE TELEMEDICINA			☐ Si	☐ No
Firma		Fecha	Fecha	
Imprimir nombre	Nombre	Relación	Relacion	