



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por favor, complete la siguiente información sobre su hijo

Apellido del niño: _____ Primero: _____ Centro: _____

Fecha de nacimiento: / ____/ ____ Seguridad Social #: _____ Sexo: _____

Nombre y apellido de TODOS los padres/tutores: _____

Dirección de la calle: _____ City: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre del Guardián #1: _____ Número de teléfono: (____) _____ Relación: _____

Nombre del Guardián #2: _____ Número de teléfono: (____) _____ Relación: _____

Nombre de contacto de emergencia, teléfono y relación (excepto tutor): _____

Idioma: ☐ inglés, ☐ español, ☐ otros: _____ Raza: _____

Etnia: No ☐ hispana o latina Hispana ☐ o Latina Otros ☐ (escribe en etnia): _____

¿Quién es el médico de atención primaria de tu hijo? _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

¿Quieres que las notas de la visita de tu hijo se envíen a su médico de cabecera? Sí No ☐ ☐

¿Qué farmacia usas? _____ City: _____ Teléfono: (____) _____

Como Centro de Salud Certificado a nivel federal, Healthy Kids Clinic está obligada a recopilar la siguiente información para garantizar que ofrecemos la atención médica y la asistencia financiera adecuadas, según sea necesario.

¿Cuántas personas viven en tu casa? _____ ¿Cuál es el ingreso anual de tu hogar? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Nombre principal de la compañía de seguros: _____ Número de identificación: _____

Número de grupo: _____ Dirección del titular de la póliza (si es diferente a la del paciente): _____

¿De quién aparece el nombre de la póliza? _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: / ____/ ____

Seguro Social # Titular de la Póliza: _____ Relación con el paciente: _____

☐ Marque esta casilla si no tiene seguro médico. Puede que nuestro departamento de Servicios Financieros para Pacientes contacte con usted.

Historial médico pasado

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Sin antecedentes médicos | ☐ Alergias | ☐ TDAH |
| ☐ Asma | ☐ Autismo | ☐ Anemia |
| ☐ Ansiedad | ☐ Miocardiopatía | ☐ Parálisis cerebral |
| ☐ Defecto cardíaco congénito | ☐ Diabetes tipo I | ☐ Diabetes tipo II |
| ☐ Convulsión cerebral o traumatismo craneal | ☐ Reflujo gástrico | ☐ Soplo cardíaco |
| ☐ Depresión | ☐ Hipertensión | ☐ Hipotiroidismo |
| ☐ Epilepsia/Convulsiones | ☐ Trastorno del habla | ☐ Varicela |
| ☐ Hernia | ☐ Meningitis | ☐ Fumar |
| ☐ Anemia falciforme | ☐ Aprendizaje del Desarrollo | |
| ☐ RSV | ☐ Trastorno/Retraso | |
| ☐ Infección cutánea por MRSA | ☐ Otros: _____ | |
| ☐ Fecha de diagnóstico por COVID-19 | | |

Historial quirúrgico previo (con fecha incluida)

- ☐ Sin antecedentes quirúrgicos
- ☐ Amigdalectomía: _____
- ☐ Adenoidectomía: _____
- ☐ Apendicectomía: _____
- ☐ Tubos auditivos: _____
- ☐ Incisión y drenaje: _____
- ☐ Otros: _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Antecedentes familiares (Por favor, etiquete abajo con: M de Madre, F de Padre, S de Hermano y G de Abuelo.) Ansiedad

- | | | | | |
|--|---|---|--|---|
| ☐ Asma _____ | ☐ _____ | ☐ Defecto cardíaco congénito _____ | ☐ Miocardiopatía _____ | ☐ Depresión _____ |
| ☐ Diabetes tipo I _____ | ☐ Diabetes tipo II _____ | ☐ Epilepsia/convulsiones _____ | ☐ Hipertensión Colesterol _____ | ☐ alto Colesterol alto _____ |
| ☐ Hipotiroidismo _____ | ☐ Soplo cardíaco _____ | ☐ Marcapasos _____ | ☐ Anemia falciforme _____ | |
| ☐ ¿Muerte inesperada o inexplicable antes de los 35 años? _____ | | | ☐ Desconocida _____ | |

HISTORIAL MÉDICO DE LOS ESTUDIANTES

¿Tu hijo toma actualmente algún medicamento? Sí☐No☐

Por favor, indica cualquier medicamento con las dosis actuales (cuánto y con qué frecuencia):

¿Tu hijo es alérgico a algún medicamento? Sí,☐no☐

¿Medicación de emergencia en el colegio? Sí,☐no☐

¿Tu hijo es alérgico a factores ambientales (abejas, látex, frutos secos, comida, etc.)? Sí No. Por favor, enumera cualquier alergia relacionada con☐el tipo☐de
reacción (sarpullido, hinchazón en los labios, dificultad para respirar, etc.):

Nombre del alérgeno

Tipo de reacción

¿Quién es el dentista de tu hijo?

CONSENTIMIENTO

Por favor, lea detenidamente, COMPLETE EL FORMULARIO, FIRME y FECHA. El estudiante debe devolver este formulario a su tutor. Por favor, notifique a la Clínica Healthy Kids si hay algún cambio de salud o cambio en la tutela. El consentimiento no expirará hasta que su hijo abandone el Distrito o la Clínica Healthy Kid sea notificada por escrito de que desea revocarlo.

Doy mi consentimiento para

Nombre completo del estudiante

Fecha de nacimiento

Número de Seguridad Social

Para recibir los siguientes servicios en Cumberland Family Medical Center, Inc. Centros de Salud Escolares (POR FAVOR INICIAL):

Servicios de enfermería escolar (incluyendo evaluación de enfermedades, administración de medicación de urgencia, medicamentos de venta libre, triaje básico) realizados por un enfermero titulado, enfermero auxiliar o asistente médico. Los siguientes medicamentos de venta libre están disponibles para su hijo por la enfermera escolar si los síntomas lo consideran necesarios:

Calamina

Crema de hidrocortisona

Orajel

Tylenol

Motrin/Advil

Pomada

(para

entre el

Aloe Vera

Espray Anti-Picazón

Vaselina

antibiótica antiácida (Tums) *Si NO

alergias) alguno de los

medicamento

Icy Hot (solo en el instituto)

Guaifenesina

Lágrimas artificiales/lavado de ojos

consientes que tu hijo tenga Benadryl Claritin/Zyrtec

medicamentos mencionados, por favor traza una línea

y pon sus iniciales al lado.

Enfermera Especialista/Asistente Médico

(NP/PA para enfermedades agudas, exámenes de bienestar, pruebas exentas de CLIA, reconocimientos físicos deportivos, etc.)

Servicios de telemedicina

(NP/PA para enfermedades agudas, exámenes de bienestar, pruebas exentas de CLIA, etc.)

Examen Well Child (examen físico/deportivo anual para evaluar altura, peso, visión, audición, orientación anticipada, etc.). Si desea

que le contacten antes del examen, por favor inicie las iniciales. Fecha del reconocimiento:

Si acudes habitualmente a una consulta pediátrica para una revisión anual, por favor no pongas sus iniciales en esta línea.

Crisis de salud conductual (en caso de crisis, se puede solicitar a un profesional de salud conductual de la Clínica Healthy Kids que realice una evaluación

o consulta para tu hijo). Se contactará con los padres.

Doy mi consentimiento al personal del Centro Médico Escolar Basado en Cumberland (en adelante CFMC SBHC) para que realice el tratamiento necesario, realice las pruebas necesarias y documente la asistencia, documente las vacunas y revise/documente en KYIR o Infinite Campus cualquier otra información, si corresponde, que ayude al personal a prestar atención al paciente/a mí mismo. Entiendo que CFMC proporcionará una copia de su Aviso de Privacidad y Prácticas HIPAA a mi solicitud, que también está disponible en www.cumberlandfamilymedical.com. Autorizo a CFMC a liberar cualquier información necesaria para el pago de reclamaciones de seguro y autorizo que mi seguro, Medicare o Medicaid se pague directamente a la clínica. Entiendo que soy responsable de cualquier copago y/o franquicia incurrido en mi plan de seguro. Si esto no se puede hacer, acepto hacer arreglos con la clínica. Autorizo al personal de CFMC SBHC a facilitar y recibir información médica del paciente/mis proveedores de atención primaria y especialistas. Doy mi consentimiento para que esta información sanitaria protegida se comparta con el personal del distrito escolar que pueda necesitar prestar atención en una situación de emergencia. Además, doy mi consentimiento para que el personal de CFMC SBHC, el personal de la Junta de Educación y el paciente/mi proveedor de atención primaria puedan comunicarse y compartir condiciones médicas y psicológicas según sea necesario, con el entendimiento de que toda la información será tratada de manera confidencial.

FIRMA REQUERIDA

Firma del padre/tutor

Nombre impreso

Fecha

Firma del paciente (si tiene 18 años o más)

Nombre impreso

Fecha

V1-02.25.2026