



Health Partners of Western Ohio - Toledo Public Schools

Información del paciente/Consentimiento para tratamiento y divulgación de información

Información del estudiante/paciente			
Nombre del estudiante/paciente:			
Fecha de nacimiento:	Sexo (marque uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No especificado	Número de seguro social:	
Dirección particular:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Número de teléfono:	
Nombre de la escuela:			
Grupo étnico (encierre en un círculo): Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Nativo americano/Isleño del Pacífico Caucásico Afroamericano No deseo responder Otro:			
Nombre del Proveedor de Atención Primaria (Primary Care Provider, PCP):			
Información del tutor legal			
Nombre del tutor legal:			
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	
Teléfono particular:		Teléfono celular:	
Información del seguro del estudiante/paciente			
¿El estudiante/paciente tiene seguro médico? (encierre en un círculo) Sí o No			
Nombre de la compañía de seguro:		Número en el Sistema de Información de Gestión de Mantenimiento (Maintenance Management Information System, MMIS):	
Número de identificación:		Número de grupo:	
Información del contacto de emergencia			
Nombre:	Relación:	Número de teléfono:	
Medicamentos actuales del estudiante/paciente (vitaminas, inhaladores, recetados, otros)			
Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad tomada	Frecuencia
Farmacia preferida			
Dirección:		Número de teléfono:	
Alergias del estudiante/paciente			
<input type="checkbox"/> SÍ : indique a continuación <input type="checkbox"/> NO Alergias conocidas			
Medicamentos:		Alimentos:	
Insecto/Animal:		Estacional:	
Antecedentes hospitalarios/quirúrgicos del estudiante/paciente			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ : indique motivos y fechas:			

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:
Historial familiar, indique quién ha tenido el problema de salud al lado del problema (ej.: mamá, papá, hermanos o abuelos)	
Anemia:	Hipertensión arterial:
Diabetes:	Asma:
Enfermedad cardíaca:	Derrame cerebral:
Anemia de células falciformes:	Cáncer:
Enfermedad de salud mental:	Otra:

Antecedentes médicos del estudiante/paciente (marque todas las que correspondan)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de salud mental (ej.: TDAH, depresión, ansiedad) | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/urinarios | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones/renal | <input type="checkbox"/> Trastorno de la columna vertebral | <input type="checkbox"/> Lentes/Lentes de contacto |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales/Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Audífonos |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | | |

Consentimiento para tratamiento y divulgación de información

Yo, _____ (padre o tutor legal), por la presente reconozco que como padre o tutor legal, he dado mi consentimiento a Health Partners of Western Ohio Health Center para administrar la atención primaria que sea adecuada y según se indique a _____ (nombre del estudiante), menor de edad. Comprendo que esta atención puede incluir, entre otros, exámenes para deportes/trabajo, atención de lesiones leves, vacunas, exámenes de salud, atención preventiva, visitas de rutina por enfermedad, servicios de salud conductual, exámenes y procedimientos dentales.

Comprendo que la telemedicina es el uso de las tecnologías de información y comunicación electrónicas por parte del proveedor de atención médica para prestar servicios a una persona cuando el estudiante/paciente se encuentra en un sitio distinto que el proveedor. Por la presente, doy mi consentimiento para la prestación de servicios de atención médica mediante telemedicina cuando el proveedor no esté en la institución. Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.

También extendiendo mi consentimiento para permitir la divulgación de la información médica que Health Partners of Western Ohio considere adecuada a cualquier centro o proveedor médico que pueda necesitarla para tratar al estudiante o con el fin de cobrar un seguro. Este consentimiento incluye la divulgación de información relacionada con cualquier visita médica a la enfermera del personal en el lugar que deriva al niño.

Si se divulga información médica a un centro o proveedor médico, ¿le gustaría que se lo notifique? Sí o No

Recibir atención a través Health Partners of Western Ohio no requiere cambiar el proveedor habitual del estudiante.

Si tiene un seguro médico, se le facturarán los servicios al mismo. Si no tiene un seguro médico, usted será responsable por el pago de las facturas con la tarifa de descuento correspondiente. Es posible que califique para una tarifa de descuento. A ningún estudiante/paciente se le negará la atención debido a la incapacidad de pagar por los servicios. Podemos ayudarlo si necesita asistencia para solicitar un seguro. Puede pasar por nuestras instalaciones o llamarnos.

Comprendo que este consentimiento seguirá siendo válido mientras que mi hijo siga siendo estudiante en las Toledo Public Schools a menos que yo lo revoque. Puedo revocar este consentimiento para tratamiento en cualquier momento solicitando por escrito que los servicios de salud de la escuela retiren a mi hijo de los mismos. Si mi hijo no está inscrito en Toledo Public School, este consentimiento es válido por un año calendario a partir de la fecha en que se firme.

He leído y comprendo plenamente la declaración anterior.

Padre o tutor legal (firma)

Fecha