



# CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (Año escolar 2020/2021)

**Distrito escolar**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Clayton  Douglas  Fulton: College Park or Lake Forest (circule uno)

Debe completar toda la información **CON LA FIRMA Y LA FECHA DE TINTA** para que su hijo reciba servicios de atención médica del Centro de salud. Es su responsabilidad notificarnos de inmediato sobre cualquier cambio de dirección, número de teléfono o seguro.

## INFORMACION DEL PACIENTE (FAVOR DE PROVEER INFORMACION MAS ACTUAL.)

Nombre del Paciente : \_\_\_\_\_  
(apellido) (nombre de pilla) (segundo nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_  
(street)

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Verifique si la dirección cambia desde el año escolar 2019/2020.

Número de seguridad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

País de Nacimiento:  USA  Otro \_\_\_\_\_ Idioma Principal:  Inglés  Otro \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Remediación/Educación Especial  Sí  No

Número contacto del padre/tutor: Casa #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Número de Emergencia #: Casa #: \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_ Otro #: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL SEGURO

No Seguro  Medicaid #: \_\_\_\_\_  Privado Seguro

Indique Nombre de la Compañía de Seguro si es privado: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado (como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_ Número de póliza# \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Su hijo puede ser elegible para Medicaid si actualmente no lo recibe. ¿Estaría interesado en que alguien lo contacte con respecto a este seguro? [ ] Sí [ ] No

### INFORMACION DE SALUD ACTUALIZADA

Condiciones médica (física, mental, dental): [ ] Sí [ ] No

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias (medicamentos, alimentos, ambientales): [ ] Sí [ ] No

En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cita Dental en el ultimo ano: [ ] Sí [ ] No

### DATOS DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE

**Poblacion especial** (Marque todo lo que corresponda.)

- [ ] Trabajador agrícola agrícola/Agricultor
- [ ] Vivienda pública (vivir en o acceder a)
- [ ] Trabajador agrícola estacional/Agricultor
- [ ] Veterano
- [ ] Ninguna de las anteriores
- [ ] Prefiero no divulgar

**Vivienda** (Marque todo lo que corresponda.)

- [ ] Duplicado (viviendo temporalmente con otros)
- [ ] Vagabundo
- [ ] Otro (hotel, motel, otro pago diario, etc.)
- [ ] Vivienda pública (vivir en o acceder a)
- [ ] Abrigo
- [ ] Calle (automóvil, exterior, vivienda improvisada)
- [ ] Vivienda de transición
- [ ] Ninguna de las anteriores
- [ ] Prefiero no divulgar

### REPORTE DE INGRESOS

Numero de personas viviendo en su casa: \_\_\_\_\_ Ingreso familiar: \_\_\_\_\_ [ ] Prefiero no divulgar

**Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija continúe recibiendo servicios médicos, de salud del comportamiento y dentales (cuando estén disponibles) del The Family Health Centers of Georgia's Centro de salud escolar. Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud designado por el médico, dentista o proveedor de salud mental/del comportamiento que trabaje para la clínica para que proporcione los exámenes, procedimientos, tratamientos y evaluaciones médicas que sean razonablemente necesarios o recomendables para la evaluación y el manejo de la atención médica de mi hijo/hija.**

Nombre del padre/madre (por favor imprimir) \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (por favor imprimir) \_\_\_\_\_

**X** \_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_   
Relacion con el paciente

Fecha: \_\_\_\_\_