

CENTRO MEDICO DE HEARTLAND INTERNATIONAL HEALTH CENTER
FORMA DE REGISTRO Y CONSENTIMIENTO

Datos del Estudiante

Div# _____ **ID#** _____

Nombre del Menor: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____ Teléfono: () _____

Raza: Asiático/Islas Pacíficas Afro Americano Hispano/Latino Afro Americano **No**-Hispano/ Latino
Raza Mezclada Raza Blanca Hispano/Latino Raza Blanca **No**-Hispano/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska

Nombres de los Padres/Guardes Legales: _____

Teléfono: Casa: () _____ Celular: () _____ Trabajo: () _____

Contacto de _____ **Parentesco:** _____

Emergencia: Tel: Casa: () _____ Celular: () _____ Trabajo: () _____

Lenguaje Preferido: Inglés Español Otro (especifique): _____

EL ESTUDIANTE TIENE NUMERO DE SEGURO SOCIAL? _____ **SI** _____ **NO**

Si tiene, por favor escribe el numero _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _

TIENES COBERTURA MEDICA? _____ **SI** _____ **NO**

Si contesta si, por favor complete lo siguiente:

Seguro del Estado: _____ AllKids _____ Medicaid _____ HMO Recipiente ID#: _____

Seguro de Salud Privado: _____ HMO _____ PPO Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Nombre del Asegurado (i.e. padre/tutor): _____

de S.S.: _____ - _____ - _____ # de Poliza: _____ # de Grupo: _____

Consentimiento de los Padres/Guardes Legales:

Autorizo y doy consentimiento para el registro, del menor nombrado arriba, de quien soy padre/madre o guarde legal. Mi consentimiento permitira al personal calificado del Centro de Salud, que proporcionen servicio comprensivo medico, dental y asesoramiento de mi hijo/a, incluyendo servicio medico o dental, en caso de que el/ella llegue a enfermarse durante el tiempo que esta en la escuela. Este consentimiento sera valido durante la estancia de mi hijo/a en la escuela _____ . Entiendo que no se conducira ningun experimento medico y que puedo retirar mi consentimiento notificando, al Centro de Salud, en persona.

El servicio comprensivo medico y dental, sera igual a servicios que pudieran recibir en cualquier oficina de doctor, dentista, o clinica. Servicios incluyen, pero no estan limitados;

- Físicos para deportes y la escuela
- Inmunizaciones
- Primeros auxilios para heridas pequeñas
- Educación de salud y promoción
- Tratamiento de problemas menores como: dolor de garganta o estomago, gripa,
- Diagnósticos y tratamiento de enfermedad como: diabetes, presión arterial, etc.
- Servicios de consultas incluye el apoyo que un trabajador social le puede proveer a mi hijo/a, relacionado con dificultades en las clases, abuso de sustancias (drogas/alcohol), y/o otros asuntos de crecimiento del adolescente.
- Consejería nutrativa
- Servicios de salud reproductiva
- Servicios de laboratorio como: sangre o orina
- Servicio dental incluye, pero no limitado: examen rutinario o de emergencia, radiografías, limpieza de dientes, tratamiento de caries, extracción de dientes irreparables, tratamiento de condiciones que existen como: gingivitis, etc.

Entiendo que el personal del Centro de Salud, pueden solicitar que firme formas adicionales con respecto a cierto tipo de tratamiento o procedimiento para mi hijo/a. Entiendo que mi hijo/a puede dar consentimiento a cierto tipo de servicios, y entiendo que la confidencia entre el estudiante y los profesionales del Centro de Salud será asegurado en áreas específicas designadas bajo la ley del Estado de Illinois, y no serán discutidas con el padre/tutor sin que el estudiante esté de acuerdo. Entiendo que el personal calificado de la Clinica, pueden promover la practica de la abstenencia (no tener sexo) en sus discusiones con los pacientes. Además, entiendo que los expedientes medicos del Centro de Salud son confidenciales.

Autorizo que las Escuelas Publicas de Chicago pueden revelar los expedientes medicos y comprobantes de inmunizaciones que pertenecen a mi hijo/a para el uso de los profesionales del Centro de Salud. Entiendo que debo notificar al Centro de Salud, en caso de cambio de domicilio o numero de telefono.

Firma del Padre or Guarde Legal

Fecha