



School-Based Wellness Center
Patient Information Form
PLEASE PRINT (One student per form)

Nombre del estudiante (paciente) _____ Fec. De Nac _____ # de Seguro Social _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Teléfono # _____ Sexo (círculo) M F Grado _____ Escuela _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Fec. De Nac _____ Relación con el estudiante _____

Teléfono Casa/Trabajo # _____ Correo electrónico _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono # _____

Medico/Clinica Familiar _____ Teléfono # _____

Información del Fiador (Persona Responsable del Pago de Cuentas/Servicios)

Complete si es distinto del Padre/Tutor

Nombre Legal: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo _____

Fec. De Nac: ___/___/___ # de Seguro Social _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Teléfono (s): Casa: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: (____) _____ - _____

Información sobre el seguro
(Proporcione una copia actual de la tarjeta de seguro al personal del PCHC)

Nombre del asegurado: _____ Nombre del seguro _____

Numero de póliza: _____ Numero del grupo: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de vigencia: _____ Relación con el asegurado: Propio Conyuge Hijo/a Otro

de Seguro Social del titular de la póliza: ___/___/___ Fec. De Nac del titular de la póliza: _____

Nombre del seguro secundario: _____ ID# _____

Información adicional
Por favor conteste las siguientes preguntas para que podamos servirle mejor

¿Que idioma prefiere? Ingles Espanol Otro _____

Durante los últimos 24 meses, ¿usted (paciente) o algún miembro de su familia:

¿Ha sido contratado para realizar trabajos agrícolas como: plantar, recoger, empacar, conducir camiones para cualquier tipo de trabajo agrícola, trabajar con animales como vacas, pollos, etc.? Yes No

¿Ha vivido fuera de casa para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola)? Yes No

¿Ha dejado de trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o a la edad (demasiado avanzada para trabajar)? Yes No

¿Vive actualmente con amigos o familiares, en su coche, en un refugio, en un hotel o en la calle? Yes No

Etnicidad: Marque uno de los siguientes grupos étnicos que mejor le pertenezca (paciente).

Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino

Raza: Marque uno de los siguientes grupos raciales que mejor le pertenezca (paciente).

Asiático Hawaiano nativo Otro Isleño del Pacífico Blancos (incluidos los blancos de ascendencia latina/hispana)

Negro/Afroamericano (incluyendo Negros o Afroamericanos de descendencia Latina/Hispana)

Indio Americano/Nativo de Alaska (incluyendo Indios Americanos o Nativos de Alaska de descendencia Latina/Hispana)

Tamaño del Hogar: _____ Ingresos Mensuales del Hogar: _____ Me niego a decir

Vero reverso

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LA DIVULGACIÓN

Nombre del Estudiante (Paciente): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Las escuelas de la Ciudad/Condado de Pueblo y el Centro de Salud Comunitario de Pueblo han establecido un programa de Centro de Bienestar Escolar (SBWC, por su sigla en inglés) para proporcionar atención médica primaria y servicios de salud mental a sus estudiantes. Los servicios proporcionados a través del programa SBWC incluyen, pero no se limitan a, tratamiento y servicios de diagnóstico, terapia individual y familiar, educación del paciente y administración de vacunas (las vacunas pueden requerir un consentimiento por separado). Yo voluntariamente solicito y doy mi consentimiento para que el SBWC, su personal y proveedores presten servicios de atención médica y de atención conductual. Reconozco que no se puede garantizar o se ha garantizado el resultado de los tratamientos o exámenes y entiendo que todos los tratamientos médicos contienen riesgos inherentes.

Participación y notificación de los padres/tutores. La ley de Colorado puede prohibir que la SBWC y sus proveedores informen a los padres/tutores sobre problemas de salud mental, problemas de abuso de sustancias, trastornos alimentarios, asuntos relacionados con el embarazo, planificación familiar, incluyendo el control de la natalidad, y el diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual sin el permiso del paciente. A los efectos de estas condiciones, el paciente puede establecer una relación confidencial y privilegiada con el proveedor de SBWC. Sin embargo, la práctica de la SBWC es tratar de obtener el permiso del paciente para informar a sus padres, tutores o a un adulto que se preocupe por su salud cuando una o más de estas condiciones estén presentes. Cuando no se concede el permiso, el personal de la SBWC recomendará encarecidamente al estudiante que comunique su condición a sus padres y/o tutores. Se recomienda a los padres, tutores u otros representantes autorizados que tengan preguntas sobre los servicios de SBWC que se pongan en contacto con la SBWC para realizar sus consultas.

Confidencialidad y divulgación de información. Por la presente autorizo a la SBWC a divulgar información de los registros médicos del paciente para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines permitidos por las leyes estatales y federales aplicables, incluyendo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por su sigla en inglés) y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por su sigla en inglés), incluyendo a cualquier proveedor de atención médica, al personal de enfermería de la escuela y a otro personal de SBWC que esté involucrado de alguna manera con el cuidado del paciente y a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todos o parte de los cargos por los servicios, bienes o instalaciones proporcionados al paciente. Entiendo que después de la divulgación de esta información, la SBWC no puede controlar su confidencialidad. También doy mi consentimiento y autorizo al personal de SBWC a examinar los registros escolares del paciente, asistencia y otros registros según sea necesario para ayudar al personal de SBWC con el diagnóstico y tratamiento del paciente. Entiendo que la negativa a autorizar la divulgación de la información de salud del paciente a un plan de beneficios de salud (incluyendo seguro de salud, programa de beneficios de descuento, programas de salud del gobierno, etc.) no tendrá ningún efecto en mi inscripción, elegibilidad para los beneficios del programa SBWC.

Responsabilidad financiera y asignación de pagos directos. Por la presente autorizo a SBWC y a sus proveedores a facturar cualquier plan de beneficios de salud (incluyendo seguro médico, programa de beneficios de descuento, programas de salud del gobierno, etc.) que pueda ser responsable de proporcionar cobertura y/o pago por el servicio proporcionado al paciente por SBWC. En el caso de que el paciente no tenga cobertura médica, el SBWC y sus proveedores proporcionarán tratamiento y servicios y el padre/tutor será responsable de cualquier cargo. El padre, madre o tutor puede completar una evaluación de elegibilidad financiera para determinar si el paciente califica para algún programa de asistencia médica que ayude con el costo de la atención del paciente. Por la presente autorizo que el pago se haga directamente a la SBWC y a sus proveedores, sin exceder el monto de sus cargos regulares, de otra manera pagadero a mí por mis servicios de atención médica, bienes e instalaciones provistas. Entiendo que no hay garantía de reembolso de ningún plan de beneficios de salud u otro pagador y que puedo ser financieramente responsable de todos los cargos que por cualquier razón no hayan sido pagados por mi plan de beneficios de salud u otro pagador dentro de un período de tiempo que el SBWC estime razonable. Los copagos y/o deducibles asociados con cualquier plan de beneficios de salud serán evaluados y cobrados. Además, puede ser necesario derivar al paciente al hospital, a especialistas o a otros proveedores de atención médica para que reciban el tratamiento recomendado con el fin de brindar una atención médica de calidad. Estos proveedores pueden tener cargos separados por estos servicios que serán responsabilidad del estudiante/padre/tutor y que no están cubiertos por este formulario de consentimiento.

Reconocimiento y terminación de este formulario de consentimiento. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente hasta que el paciente ya no esté inscrito en la escuela actual del paciente. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que SBWC ya haya actuado con mi permiso. Es la responsabilidad del padre/tutor notificar a SBWC sobre los cambios en la tutela.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO, ENTIENDO SU CONTENIDO Y HE RECIBIDO UNA COPIA DEL MISMO. RECONOZCO QUE HE REVISADO EL AVISO DE PRIVACIDAD DE PUEBLO COMMUNITY HEALTH CENTER. ADEMÁS, RECONOZCO QUE SOY EL PACIENTE O UNA PERSONA AUTORIZADA POR EL PACIENTE O DE OTRA MANERA PARA FIRMAR Y ACEPTAR ESTE ACUERDO Y CONSENTIMIENTO EN NOMBRE DEL PACIENTE.

FECHA _____

FIRMA DEL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO _____

NOMBRE EN LETRA IMPRENTA _____

Authorized Use Only

Staff Initials: _____ Dept: _____

New Patient: Yes No

FPT FHT IZ's SBWC Non-Medical