



CENTRO DE SALUD BASADO EN LA ESCUELA FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

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: _____