



Clarke County School District

Juntos Somos Mejores

Centro de Salud de Clarke Middle School Información, Autorización y Consentimiento para Servicios y Tratamiento de Salud

Para que su hijo/a reciba servicios en el Centro de Salud Clarke Middle School, se debe completar este formulario de consentimiento y obtener la información de admisión. Por Favor complete todas las partes de este formulario.

Por el presente, doy voluntariamente mi consentimiento para que _____ reciba servicios en el Centro de Salud de Clarke Middle School. Además, autorizo a cualquier médico de la clínica, profesional de la salud, o estudiante profesional designado por la facultad que trabaje para la clínica a proporcionar los exámenes de diagnóstico, pruebas médicas, procedimientos y tratamientos que sean razonablemente necesarios o aconsejables para la evaluación y el manejo de el cuidado de la salud médica y mental de mi hijo/a. Los servicios proporcionados por el centro de salud pueden incluir, pero no se limitan a: manejo de enfermedades agudas y crónicas, chequeos de bienestar de niños, exámenes físicos para deportes, consejería de la salud mental, referencias a especialistas u otros proveedores de servicios.

- Autorizo la divulgación de información del expediente médico de mi hijo/a al médico de atención primaria o al proveedor de atención primaria designado por mí siempre que sea necesario para su atención, incluyendo referencias y/o servicios de emergencia. ● Autorizo la divulgación de información del expediente médico de mi hijo/a a la enfermera de la escuela y de la enfermera de la escuela al centro de salud de la escuela cuando sea necesario para coordinar su atención médica. Los registros de casos y la información de la encuesta de admisión se pueden usar para la evaluación del programa de acuerdo con las leyes federales y estatales con respecto a la confidencialidad del paciente.
- Autorizo al centro de salud a divulgar información sobre el tratamiento por razones de acuerdo con la práctica médica aceptable conforme a la ley. Los servicios médicos y otros servicios del Centro de Salud de CMS son gratuitos.
- Entiendo que mi firma de este consentimiento permite que los médicos, el personal de la clínica y los estudiantes en entrenamiento del Centro de Salud de Clarke Middle School brinden servicios integrales de salud. Entiendo que este consentimiento es válido por la duración de la inscripción de mi hijo/a en el Distrito Escolar del Condado de Clarke. También entiendo que tengo derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento a través de una notificación por escrito al director de la clínica.
- Reconozco que Clarke Middle Health Center me ha proporcionado su Aviso de prácticas de privacidad, que explica cómo se manejará mi información de salud en diversas situaciones; y los derechos y responsabilidades de los clientes, que acepto cumplir.

Por favor escriba su nombre, escriba la fecha y firme a continuación para indicar que ha leído y comprende el contenido de este formulario, que acepta las pólizas y los procedimientos escritos anteriormente y autoriza los servicios para el cuidado de su hijo/a como se describe. También entiendo que puedo obtener más información sobre los servicios de salud ofrecidos por el CMHC comunicándome con cmhc@clarke.k12.ga.us o 706-208-1190.

_____ Nombre

del padre o tutor legal (letra de imprenta) Nombre de paciente (letra de imprenta)

_____ Firma del

padre o tutor legal y relación al paciente Fecha

Por favor complete toda la información por el **FRENTE Y DE ATRÁS** de este formulario. Debe **COMPLETAR CON TINTA**, luego firmarlo y fecharlo para que su hijo/a reciba servicios de la Clínica de Salud. Es su responsabilidad notificarnos de inmediato cualquier cambio de dirección, número de teléfono o seguro.

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Idioma principal: ___ Ingles ___ Otro: _____ Sexo asignado en el nacimiento

(circule uno): Masculino Femenino Identidad de género _____ Pronombres Preferidos _____ Raza: Indio Americano o Nativo

de Alaska ___ Asiatico ___ Negro/ Africano Americano ___ Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico ___ Blanco ___ Etnia: Hispano/Latinx ___ No

Hispano/Latinx ___ Otro: especifique _____

Escuela: _____ Grado: _____

Dirección _____ # de Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ (Uso de

Oficina Solamente) Actualización de Dirección y telefono _____

de teléfono de Casa del Padre/Tutor: _____ # de teléfono de trabajo del Padre/Tutor: _____

Correo electrónico del padre/tutor: _____ # de teléfono de celular del Padre/Tutor: _____

Nombre de Persona de Emergencia _____ Numero de telefono: _____

Relación al Paciente: _____

Quién vive con el estudiante: Por favor escriba a todas las personas que viven en el hogar, incluido usted mismo/a:

NOMBRE RELACION EDAD

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INFORMACIÓN DE SEGURO DE MÉDICO Y INFORMACION FINANCIERA

*Todos los pacientes son elegibles para servicios gratuitos en el CMHC independientemente de sus ingresos, documentación o estado del seguro.

¿Tienes algún seguro médico que cubra? ___ Salud ___ visión ___ Dental ___ No Aseguranza

¿Si tiene seguro, ¿qué servicios/especialidades excluye su seguro? _____

Actualmente tiene Medicaid de Georgia? ___ Si ___ No Medicare Parte B? ___ Si ___ No

Yo estoy: ___ Sin seguro ___ asegurado insuficientemente (no tengo cobertura para los servicios que busco)

Por favor escriba el número de dependientes en su hogar (inclúyase usted mismo(a)/cónyuge) _____.

Por favor escriba el ingreso familiar MENSUAL bruto de todas las fuentes: \$ _____.

=

HISTORIAL MEDICA DEL PACIENTE

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Por favor escriba cualquier preocupación actual:

Por favor escriba los problemas de salud actuales del paciente que están bajo tratamiento:

Por favor escriba todos los medicamentos que toma el paciente (recetados, de venta libre, vitaminas/suplementos):

¿El paciente tiene alguna alergia a un medicamento? Sí No. En caso afirmativo, indique el medicamento y la reacción:

Indique cualquier otra alergia que tenga el paciente:

HISTORIAL DE ENFERMEDADES

Alergias Sí No
Anemia Sí No
Asma Sí No
Dolor abdominal Sí No
Estreñimiento/Diarrea Sí No
Problemas Reflexivos Sí No
Problemas de oído/escuchar Sí No
Aparato auditivo Sí No
Problema de los ojos Sí No Usa
Lentes/contactos Sí No
Problemas dentales Sí No
Desmayos/Queda inconsciente Sí No
Dolores de cabeza Sí No
Soplo cardíaco Sí No
Problemas del corazón Sí No
Presión Arterial Alta Sí No
Problemas de tiroides Sí No
Diabetes Sí No
Lesiones/heridas (mayores) Sí No
Problemas músculo-esqueléticos Sí No
Huesos Rotos Sí No
Problemas para caminar Sí No
Problemas de riñón/tracto urinario Sí No
Frecuente dolores de garganta Sí No
Resfriados Frecuentes Sí No

Problemas pulmonares Sí No
Meningitis Sí No
Hepatitis Sí No
Tuberculosis Sí No
SIDA/VIH Sí No
Varicela Sí No Edad: _____
Infección del COVID Sí No
Comenzó la menstruación Sí No
Edad: _____
Problemas menstruales Sí No
Embarazada Sí No
Fiebre reumática Sí No
Hemofilia Sí No
Peso prematuro al nacer Sí No
Bajo peso Sí No
Sarpullidos en la piel Sí No
Acné grave Sí No
Hemofilia Sí No
Enfermedad de células falciformes Sí No
Rasgo de células falciformes Sí No
Otros trastornos de la sangre Sí No
Convulsiones/Epilepsia Sí No
Problemas del Habla Sí No Cáncer Sí No
Otro _____

SALUD MENTAL Y DEL

COMPORTAMIENTO

Problemas de alimentación Sí No

Pesadillas Sí No
Enuresis (Moja la cama) Sí No
Problemas de disciplina Sí No
Hiperactivo/a Sí No
Problemas para dormir Sí No
Desarrollo lento Sí No
Discapacidad de aprendizaje Sí No
Consumo de alcohol o drogas Sí No
Depresión Sí No
Ansiedad Sí No
Trauma Sí No
Abuso físico/sexual Sí No
Preocupaciones sobre la relación familiar Sí No
Preocupaciones sobre la relación con los compañeros Sí No
Otros problemas de conducta Sí No
Otros Problemas Mentales Sí No

Por favor explique cualquier enfermedad marcada "Si":

Historial familiar: (Madre-M, Padre-P, Hermano-HO, Hermana-HA, Abuela-AA, Abuelo-AO, Tia-TA, Tio-TO) Especifique **quién tiene o ha tenido** alguna de las enfermedades descritas abajo utilizando las abreviaturas anteriores

Alergias _____
Asma _____
Fibrosis _____
Enfermedades pulmonares _____
Tuberculosis _____
Trastornos de ojos/oídos _____
Problemas Cardíacos _____
Presión arterial alta _____
Problemas de riñón/vejiga _____

Trastornos sanguíneos/Anemia _____
Cáncer _____
Epilepsia/ Convulsiones _____
Diabetes _____
Enfermedad muscular/debilidad _____
Trastornos de la Salud Mental _____
Uso de sustancias _____

Defectos de nacimiento _____
Muerte en la infancia _____
Muerte (de repente o inexplicable) antes de los 50 años _____
Algunos estaban relacionados al corazón?
Sí No
Ninguno de estos aplican _____

HISTORIAL DE ACCESO A LA SALUD

¿Adónde lleva a su hijo/a para atención primaria o atención de rutina? _____

¿Adónde lleva a su hijo/a para atención de aguda/emergencias/visitas por enfermedad? _____

Médico de atención primaria: _____

Atención de urgencia/emergencia: _____

Farmacia/# de Telefono: _____

¿Su hijo está viendo a algún especialista? En caso que si, escriba: _____

Farmacia/Numero de telefono:: _____

¿Le gustaría que el Centro de Salud de CMS sirviera como médico regular de su hijo/a? ____ Si ____ No

Durante los últimos 12 meses, ¿recibieron su hijo(s) un chequeo de bienestar, es decir, un chequeo general, cuando no estaban enfermos ni lastimado(s)? ____ Sí ____ No

¿Su hijo/a ha visto a un médico por otras razones aparte de una visita de bienestar en el último año? ____ Si ____ No Si es que si, cuantas veces (Circule uno) 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o mas

Donde? _____

Porque? _____

¿Su hijo/a ha utilizado una sala de emergencias de un hospital en el último año? ____ Si ____ No

Si es que si, cuantas veces (Circule uno) 1 vez 2 veces 3 veces 4 veces o mas

Donde? _____

¿Cuál de estas razones se aplica a la última visita a la sala de emergencias de su hijo/a? (Por favor seleccione todas las respuestas que apliquen):

	No tenía otro lugar a donde ir.
	El consultorio de su médico o la clínica no estaban abiertos.
	Su proveedor de salud le aconsejó que fuera.
	El problema era demasiado grave para el consultorio médico o la clínica.
	Solo un hospital podría ayudarlo/a.
	La sala de emergencias es su proveedor de atención médica más cercana.
	Recibe la mayoría de su atención médica en la sala de emergencias.
	Llegó en ambulancia u otro vehículo de emergencia.

¿En el último año, ha pasado tu hijo/a la noche en un hospital? ____ Si ____ No

Adonde? _____

Porque? _____ Cuanto tiempo? _____

En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que su hijo/a necesitó atención dental, pero no la recibió? ____ Si ____ No Dentista regular del niño/ _____ Fecha de la última visita _____

SALUD MENTAL Y DE COMPORTAMIENTO

En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que su hijo/a necesitó tratamiento de la salud mental o terapia, pero no la recibió? ____ Si ____ No

[Si respondió sí a la pregunta anterior.] ¿Cuál de estas frases explica por qué su hijo/a no recibió el tratamiento de la salud mental o la terapia que necesitaba? Por favor seleccione todas las respuestas que apliquen.

	No podía pagar el costo.
	Le preocupaba que si su hijo/a recibia tratamiento o consejería de la salud mental sus vecinos, la comunidad u otros miembros de la familia tuvieran una opinión negativa de su hijo/a.

	Le preocupaba que si su hijo/a recibía tratamiento o terapia de la salud mental pudiera tener un efecto negativo en su trabajo.
	Su seguro de salud no cubría ningún tratamiento o terapia de la salud mental.
	Su seguro de salud no pagaba lo suficiente por el tratamiento o la consejería de salud mental.
	No sabía a dónde ir para obtener servicios.
	Le preocupaba que la información que le diera al terapeuta sobre su hijo/a no fuera confidencial.
	Le preocupaba que su hijo/a pudiera ser internado en un hospital psiquiátrico o que tuviera que tomar medicamentos.

Alguna otra razón (por favor especifique):

INESTABILIDAD ALIMENTARIA Y DE VIVIENDA

En los últimos 12 meses, ¿el niño o alguien en el hogar alguna vez tuvo hambre, pero no comió porque no había suficiente dinero para la comida?
 Sí No

"No podíamos darnos el lujo de comer comidas balanceadas". ¿Fue eso a menudo , a veces , o nunca fue cierto para usted en los últimos 12 meses?

¿Se ha mudado el niño o todo el hogar tres o más veces en los últimos cinco años? Yes No

¿El niño o toda la familia esperan mudarse de nuevo pronto? Sí No

¿Le han cortado la electricidad o el agua en los últimos 12 meses? Sí No

NECESIDADES LEGALES

¿El niño o un cuidador en el hogar tiene una o más necesidades legales con las que nadie está ayudando actualmente?
 Sí No Prefiero no decir

En caso afirmativo, indique cuál de las siguientes necesidades legales puede aplicarse (seleccione todas las que puedan aplicarse):

	Beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (Solicitud, Denegación, Reducción, Violación del Programa, etc.)
	Vivienda (Desalojo, Discriminación, Condiciones inseguras, etc.)
	Condiciones de empleo (Discriminación, Acoso, Condiciones inseguras, etc.)
	Estatus Migratorio (Ciudadanía, Visas, Asilo, Acción Diferida, Deportación, Detención, etc.)
	Asuntos de Derecho de Familia (Tutela, Adopción, Divorcio, Custodia, Violencia Interpersonal, etc.)
	Sobreviviente de un delito grave
	Otros asuntos penales

Otras asuntos legales