

FORMULARIO DE REGISTRO Y CONSENTIMIENTO



Por favor conteste todo este formulario y firmelo para que podamos prestar servicios de atención médica de alta calidad para usted o su hijo(a). Los estudiantes que tengan 18 años de edad o más, o que tengan 13 años de edad o más y soliciten servicios confidenciales de salud mental o reproductiva, pueden contestar el formulario por sí mismos. **Este consentimiento seguirá activo mientras el estudiante esté inscrito en la escuela atendida por el SBHC, a menos que se revoque explícitamente por escrito.** Para brindar la mejor atención posible, también pedimos información demográfica y la historia clínica de la familia. Usted tiene derecho a negarse a responder estas preguntas. Sus respuestas no se entregarán ni utilizarán para fines distintos a la recolección de información demográfica general para atender mejor a nuestros pacientes y nuestra comunidad.

¿A qué escuela asiste el estudiante?

I. INFORMACIÓN Y DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDO		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO ANTERIOR		NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE ID DEL ESTUDIANTE				FECHA DE NACIMIENTO / / MES DÍA AÑO		SEXO AL NACER <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		SEXO LEGAL <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> No binario	
DIRECCIÓN POSTAL			DEPTO		DIRECCIÓN SECUNDARIA (si difiere)			DEPTO	
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CIUDAD		ESTADO CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO DEL ESTUDIANTE ____ - ____ - ____ <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Trabajo					DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL ESTUDIANTE				
					PREFERENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CITA (elegir una) ESTUDIANTE <input type="radio"/> Mensaje de texto <input type="radio"/> Llamada telefónica				
IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> En cuestionamiento		<input type="radio"/> Transgénero masculino a femenino <input type="radio"/> Transgénero femenino a masculino <input type="radio"/> No binario/Queer		<input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Prefiero no contestar			
ORIENTACIÓN SEXUAL		<input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Gay		<input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Queer		<input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Pansexual		<input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/> Prefiero no contestar	
PRONOMBRE PREFERIDO		<input type="radio"/> Ella <input type="radio"/> Él		<input type="radio"/> Ellos <input type="radio"/> Otro:		<input type="radio"/> Prefiero no contestar			
¿ES USTED HISPANO O HISPANO-LATINO?		<input type="radio"/> Sí, hispano o latino		<input type="radio"/> No soy hispano ni latino		<input type="radio"/> Prefiero no contestar			
¿CUÁL ES SU RAZA O ANTECEDENTES FAMILIARES?		<input type="radio"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="radio"/> Nativo de Hawái <input type="radio"/> Más de una raza		<input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Otro isleño del Pacífico <input type="radio"/> Prefiero no contestar		<input type="radio"/> Negro/Afroamericano <input type="radio"/> Blanco			
¿CUÁL ES SU IDIOMA ESCRITO PREFERIDO?						¿NECESITA UN INTÉRPRETE?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

2. PADRE/MADRE/TUTOR (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18)

APELLIDO DEL PADRE/MADRE/TUTOR		NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR		FECHA DE NACIMIENTO / /		SEXO <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		
DIRECCIÓN POSTAL			DEPTO		RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="radio"/> Padre o madre <input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Otro			
CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO		TELÉFONO <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Trabajo		

	POSTAL	____-____-____
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE	PREFERENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CITA (elegir una) PADRE O MADRE <input type="radio"/> Mensaje de texto <input type="radio"/> Llamada telefónica	

El programa SBHC se le brinda sin costo para usted, pero le facturaremos a su seguro, si lo tiene, para cubrir los costos de operación del programa. Si su seguro no cubre el costo total, no se le facturará a usted.

3. SEGURO			
¿TIENE UN SEGURO?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
INCLUYA LA INFORMACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO	NOMBRE DEL SEGURO	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	
	NÚMERO DE GRUPO DEL PLAN	N.º DE ID DE MIEMBRO	
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR/TITULAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	
INCLUYA LA INFORMACIÓN DE LAS COBERTURAS DE SEGURO ADICIONALES, SI EXISTEN <i>Ejemplos: seguro dental, cobertura secundaria, etc.</i>	NOMBRE DEL SEGURO	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	
	NÚMERO DE GRUPO DEL PLAN	N.º DE ID DE MIEMBRO	
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR/TITULAR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	
Si no tiene seguro, ¿le gustaría que un miembro del personal de CHC se comunique con usted para ver si su familia es elegible?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
4. PREGUNTAS ADICIONALES (responda por el paciente o, si el paciente es menor de edad, responda por el tutor legal).			
INGRESO ANUAL O MENSUAL	¿Cuál es el ingreso bruto (anual) de su hogar?	\$	Si es más fácil de calcular, ¿cuál es el ingreso mensual de su hogar?
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS EN EL HOGAR			
SITUACIÓN DE VIVIENDA	<input type="radio"/> Alquiler/Propiedad <input type="radio"/> Comparto vivienda <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="radio"/> Vivienda pública <input type="radio"/> Albergue <input type="radio"/> Calle <input type="radio"/> De transición		
SITUACIÓN LABORAL MIGRANTE/ESTACIONAL	En algún momento de los últimos dos años, ¿ha sido el trabajo agrícola temporal o migrante la principal fuente de ingresos de usted o su familia?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, trabajo agrícola migrante <input type="radio"/> Sí, trabajo agrícola estacional	

5. HISTORIA CLÍNICA DEL ESTUDIANTE

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo(a) tiene un médico de atención primaria o una clínica? Nombre del proveedor: _____ Clínica: _____ Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo(a) se ha hecho un chequeo de rutina o un examen físico completo en el último año?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo(a) ha visitado a un dentista en el último año?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo(a) tiene alergia a algún medicamento o de otra índole? (Describir): _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo(a) toma algún medicamento? (Escriba todos los medicamentos y los motivos)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo(a) tiene algún problema de salud en curso o inquietudes actuales sobre su salud? (Describir): _____

Historia clínica de la familia (marcar todas las opciones que correspondan)

<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol/sustancias	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal
<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Otra: _____

6. AVISO DE PRIVACIDAD

<p>Por este medio reconozco que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), tengo derecho a la privacidad con respecto a mi información médica protegida (registros médicos y dentales). Entiendo que CHC of Snohomish County puede comunicarse conmigo sobre recordatorios de citas, opciones de tratamiento, resultados de pruebas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud a través de una llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz. Por este medio reconozco que tengo acceso al aviso de prácticas de privacidad de CHC en el sitio de internet de CHC y que puedo solicitar sus prácticas en otro formato, en cualquier momento, poniéndome en contacto con: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way Everett, WA 98208, (425)789-3700, www.chcsno.org.</p>	Iniciales
---	-----------

7. FIRMA DE PERMISO Y CONSENTIMIENTO

CERTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN: Certifico que la información de registro que he informado a Community Health Center of Snohomish County (CHC) es correcta actualmente. Concedo mi permiso para que el personal de CHC emplee los tratamientos y terapias establecidos que se consideren necesarios o aconsejables desde el punto de vista profesional y médico en el diagnóstico y tratamiento de mis problemas de salud. Entiendo que la atención médica puede estar a cargo de un médico, un enfermero profesional, un asistente médico u otro miembro del personal autorizado. Entiendo que la atención de salud mental puede estar a cargo de un trabajador social autorizado, un consejero de salud mental autorizado u otro miembro del personal autorizado. Entiendo que la atención dental puede estar a cargo de un dentista autorizado, un higienista dental u otro proveedor de servicios dentales, de acuerdo con la Ley de Ejercicio Dental del Estado de Washington. Este permiso autoriza a CHC a divulgar a mi compañía de seguros, al CMS o al DSHS toda la información necesaria para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Por la presente, autorizo a todas las compañías de seguros con las que tenga una póliza a pagar directamente los beneficios de cualquier póliza de seguro a los proveedores de atención médica que me hayan prestado servicios.

FIRMA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA / /
-------	--------------------------	--------------

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD

CHC debe obtener el consentimiento firmado de un padre/madre o tutor legal antes de brindar servicios, excepto en situaciones en las que las leyes federales o estatales permitan que el estudiante reciba tratamiento sin el consentimiento del padre/madre o tutor. No es necesario que los estudiantes estén registrados en el centro de salud para poder recibir servicios de la enfermería escolar.

Por este medio solicito y autorizo que: (Nombre en letra de molde del estudiante).

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido	Fecha de nacimiento / /
--------	------------------------	----------	----------------------------

Puede recibir los servicios de atención médica disponibles y considerados necesarios por el personal del centro de salud escolar de Community Health Center of Snohomish County (CHC). Esos servicios pueden incluir, entre otros: Exámenes médicos y dentales de rutina, exámenes físicos deportivos, atención de rutina para niños y adolescentes, evaluación y tratamiento de enfermedades agudas y tratamiento dental limitada, que incluye empastes y extracciones simples, así como terapia de salud mental. Esta atención se puede brindar en persona o de forma remota por teléfono o visita virtual de telesalud. También se otorga el consentimiento para remisión de atención y, si es necesario, transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de atención médica, hospitales, clínicas o agencias de atención médica según lo considere necesario el personal del SBHC de CHC. Esta autorización no permite que se presten servicios sin el consentimiento del estudiante, a menos que el estudiante no pueda dar su consentimiento. Se requiere un consentimiento adicional para aplicar vacunas.

De acuerdo con las leyes estatales o federales, cuando se brinda el consentimiento para la atención, la información médica se mantiene confidencial. Existen algunas excepciones. Por ejemplo:

- El permiso lo otorga el paciente o el padre/madre/tutor a través de un formulario de divulgación de información firmado.
- El paciente indica que existe riesgo de daño inminente para sí mismo o para otros.
- El paciente tiene un problema de salud potencialmente mortal y es menor de 18 años.
- Hay motivos para sospechar maltrato o abandono
- Ciertas enfermedades contagiosas se deben informar a las autoridades de salud pública.

Se otorga el consentimiento para el intercambio de la información necesaria entre los proveedores de atención médica del SBHC, lo que incluye el intercambio de información con los enfermeros escolares y otros profesionales médicos que atiendan en el mismo lugar, con el fin de brindar la mejor atención posible al estudiante antes mencionado. Los estudiantes también pueden recibir servicios de salud de forma independiente en cualquiera de las clínicas médicas o dentales de CHC. Con este consentimiento, los servicios se pueden recibir en cualquier clínica médica y dental de CHC del condado de Snohomish. Para ver una lista de las ubicaciones de las clínicas, visite nuestro sitio web en chcso.org. Para programar una cita, llame a CHC al 425-789-3789

Firma del estudiante: (<i>Obligatoria para pacientes de 13 años de edad o más</i>)	Fecha: / /
Firma del padre/madre/tutor:	Fecha: / /
Nombre del tutor legal responsable (letra de molde):	Relación:

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE SOBRE EL CONSENTIMIENTO DEL MENOR

El SBHC recomienda a los estudiantes que incluyan a sus padres o tutores en las decisiones de atención médica siempre que sea posible y, cuando corresponde, el SBHC apoyará al estudiante en las conversaciones con sus padres o tutores. Según las leyes del estado de Washington, los jóvenes pueden acceder de forma independiente a servicios de salud reproductiva a cualquier edad, sin el consentimiento de los padres o tutores. Los jóvenes (mayores de 13 años) pueden recibir de forma independiente servicios para drogas y alcohol y tratamiento de salud mental sin el consentimiento de los padres o tutores. Es necesario el consentimiento del estudiante para divulgar información sobre su salud reproductiva o sexual, su salud mental (13 años o más) o su consumo de sustancias (13 años o más). Para obtener más información sobre el consentimiento de menores, visite: www.washingtonlawhelp.org y busque "Consentimiento de menores".