



## CLÍNICA ESCOLAR // INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>SFSD Only:</b> Classroom#: _____ IC Medical flag: _____ IC Dental flag: _____
---

**¿Le gustaría que el niño reciba atención médica en la clínica escolar?**

DENTAL  **Sí**  **No**     
 ATENCIÓN MÉDICA  **Sí**  **No**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
apellido                      Nombre                      Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle                      No. de apartamento                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ (Residencial) \_\_\_\_\_ (Móvil) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino No. de seguro social: \_\_\_\_\_

Padre, madre, tutor o persona encargada del niño:

\_\_\_\_\_ Apellido                      Nombre                      Segundo nombre                      Fecha de nacimiento                      No. de seguro social

Persona contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Habla inglés?  Sí  No Si **no habla** inglés, ¿Qué idioma habla? \_\_\_\_\_

**Raza:**  Amerindio/Nativo de Alaska  Isleño del pacifico **Origen étnico:**  Hispano/Latino  
 Asiático  Otra raza (especifique):  no es Hispano o Latino  
 Negro o Afro Americano  Blanco (pero no Hispano o Latino)  
 Hawaiano

¿A qué farmacia enviamos la receta? \_\_\_\_\_

Indique cualquier problema de salud o de conducta \_\_\_\_\_

Indique los medicamentos que toma \_\_\_\_\_

Indique sus alergias \_\_\_\_\_

Medicaid/seguro médico  Sí  No No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de grupo.: \_\_\_\_\_

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro dental  Sí  No No. de póliza.: \_\_\_\_\_ No. de grupo.: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Tiene vivienda permanente (casa, apartamento, etc.)?  Sí  No Si no tiene vivienda, ¿Dónde pasa la noche?

Calle  Amigos/parientes  Vivienda transicional  Albergue  Otro lugar \_\_\_\_\_  no sabe

**Por favor complete para todas las personas en su hogar:**

Apellido, Nombre	Relación con la Parte Responsable	Fecha de Nacimiento	Nombre de la Compañía de Seguros de Salud	Nombre del Empleador	Paciente en la Clínica
		/ /			Sí o no
		/ /			Sí o no
		/ /			Sí o no
		/ /			Sí o no
		/ /			Sí o no

Usted puede ser elegible para un descuento en servicios basados en los ingresos de su hogar. Póngase en contacto con la recepción o la oficina de facturación para obtener más información.

**Firme al dorso del formulario**



**Responsabilidad financiera y asignación de beneficios del pagador**

Acepto responsabilidad económica de todos los gastos relacionados con los servicios prestados por Falls Community Health (FCH). Acepto que FCH facturará y proporcionará la información médica necesaria a cualquier pagador. El "pagador" es cualquier seguro médico ya sea privado o gubernamental o póliza de seguro que yo tenga o terceros que pagará los gastos que he incurrido. La firma en este formulario autoriza hacer reclamo y solicitud de pago directo o beneficios por parte de cualquier pagador a FCH. Acepto que, a menos que FCH haya acordado con el pagador aceptar pago de dicha entidad como pago total, soy responsable de pagar cualquier cuenta que no sea pagada por el seguro. Estos cobros pueden abarcar, entre otras cosas, copagos, deducibles, montos de coseguro y montos por servicios que no son cubiertos por el seguro médico.

**Permiso para proporcionar tratamiento e intercambio de información por parte de FCH**

Otorgo permiso para que cualquier proveedor de salud de FCH proporcione el cuidado médico a mi niño que sea necesario, incluyendo: exámenes médicos, tratamientos, pruebas de diagnóstico y medicamentos.

Acepto que no hay garantías y que tengo el derecho hacer preguntas al médico o a la enfermera en cuanto al tratamiento o examen de mi niño.

Otorgo permiso para que el niño reciba los cuidados médicos vía telemedicina, cuando la consulta no se pueda hacer en persona. Se conversará por medio de vídeo interactivo, audio y telecomunicaciones, del historial médico, exámenes, radiografías y pruebas del niño. Se podrá examinar al niño y para ayudar en la transmisión del vídeo, empleados que no son médicos podrían estar presentes en la consulta tele-médica y pueda que se grabe vídeo, audio y fotos digitales durante ésta consulta.

Autorizo que FCH solo divulgue información confidencial del niño para propósitos de tratamientos, pagos o cuidados de salud. Para la coordinación de cuidado médico, FCH puede compartir información médica con el distrito escolar de Sioux Falls.

Otorgo permiso al distrito de Sioux Falls para conducir evaluación de enfermería, supervisión de salud, vacunación y divulgación de información.

**Permiso para obtener historial de recetas médicas**

Para fines de tratamiento, otorgo permiso para que FCH acceda y utilice mi historial de medicamentos recetados por parte de otros proveedores de atención médica o de terceros y pagadores de beneficios de farmacia. Entiendo que mi historial de recetas médicas por parte de otros proveedores de servicios de salud, compañías de seguros médico y administradores del beneficio farmacéutico puede ser visto por proveedores y empleado de aquí y puede incluir recetas que datan varios años atrás. Confirmando que FCH puede utilizar el sistema de intercambio de información para electrónicamente transmitir, recibir o acceder mi historial de recetas médica.

**Aviso de las prácticas de privacidad**

Me han ofrecido una copia de dichas prácticas de esta oficina. Nos reservamos de cambiar este aviso y una copia del aviso actual está publicado en nuestras instalaciones y en nuestra website [www.siouxfalls.org/fch](http://www.siouxfalls.org/fch).

**Intercambio de información por parte del distrito escolar**

Los derechos educativos de la familia y la ley de privacidad (FERPA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que protege la privacidad de la información personal del estudiante que las agencias e instituciones educativas tienen guardada.

Otorgo permiso al distrito escolar de la ciudad de Sioux Falls para el intercambio de información que identifica al estudiante con Falls Community Health. Esta información será únicamente utilizada para coordinar el cuidado médico con FCH. La información intercambiada estará limitada a demografía, condición de asegurado e historial médico.

---

**Confirmación y autorización**

Leí la información anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas a mi satisfacción. Si no soy el paciente que se identifica en este formulario, declaro que estoy autorizado por ley para aceptar estas condiciones a nombre del paciente y soy el representante autorizado del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta y parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA USO DE OFICINA  
FOR OFFICE USE ONLY

Entered into Playground \_\_\_\_\_ Entered into eCW \_\_\_\_\_ Entered into Dentrix \_\_\_\_\_