

HEARTLAND HEALTH CENTERS -

FORMA DE REGISTRO Y CONSENTIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD Y BIENESTAR ESTUDIANTIL SMART

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE ID DEL ESTUDIANTE # _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO M F

DIRECCIÓN: _____ APT# _____ CÓDIGO POSTAL: _____

RAZA: (POR FAVOR MARQUE UNA OPCIÓN)

INDIOS AMERICANOS/NATIVOS DE ALASKA MÁS DE UNA RAZA NEGRO/AFRO-AMERICANO NO HISPANO/LATINO

NEGRO/AFRO-AMERICANO HISPANO/LATINO BLANCO NO HISPANO/LATINO BLANCO HISPANO/LATINO ASIÁTICO

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____

TEL. DE CASA: () _____ TEL. MÓBIL: () _____ TEL. DE TRABAJO: () _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACIÓN: _____

TEL. DE CASA: () _____ TEL. MÓBIL: () _____ TEL. DE TRABAJO: () _____

IDIOMA PREFERIDO: INGLÉS ESPAÑOL OTRO (ESPECIFIQUE): _____

SI EL ESTUDIANTE TIENE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, POR FAVOR PROPORCIONE EL NÚMERO ____ - ____ - ____

TIENE SEGURO DE SALUD? SI NO SI TIENE SEGURO DE SALUD, POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

ALLKIDS/MEDICAID ID DE DESTINATARIO #: _____

HMO PPO NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA: _____ PÓLIZA O ID #: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (i.e. PADRE/TUTOR) _____ # DE GRUPO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: ____ - ____ - ____

En el Heartland Health Centers (HHC) – Centro de Salud Escolar en las Escuelas Sullivan y Kilmer, operado bajo el modelo escolar SMART, nuestro propósito es apoyar el rendimiento académico de todos los estudiantes mediante la provisión de servicios básicos de prevención, atención primaria y cuidados urgentes, tanto en el área de salud física como en el área de salud mental y de comportamiento. Estos servicios están disponibles para todos nuestros estudiantes, profesores, empleados y sus familiares para impactar positivamente la trayectoria de sus vidas. Para lograr esto, el Centro de Salud se enfoca en asegurar el bienestar de todos los estudiantes de una forma proactiva, además de reaccionar a las necesidades que puedan tener debido a enfermedades agudas. El Centro de Salud está abierto durante el año escolar con un horario flexible y rotativo.

Yo, por mi parte (o por parte del paciente mencionado anteriormente), doy mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar SMART de HHC. Entiendo que este documento autoriza al personal calificado del Centro de Salud Escolar a proveer servicios comprensivos de salud física, mental y de comportamiento que mi hijo/a pueda necesitar mientras esté inscrito/a en la escuela Kilmer Elementary o Sullivan High School. Esta autorización es válida por el tiempo en el que mi hijo/a se encuentre matriculado como estudiante de Kilmer Elementary o Sullivan High School. Entiendo que ningún experimento médico será realizado en mi hijo/a y que tengo el derecho de anular esta autorización a través de una notificación por escrito al Centro de Salud Escolar SMART.

Los servicios disponibles para estudiantes, profesores, empleados y familiares incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

Prevención y Exámenes de Salud

- Evaluación del estado de salud general
- Todas las vacunas recomendadas por la CDC*
- Chequeos de presión arterial
- Pruebas de tuberculosis (TB)
- Exámenes de sangre de rutina
- Exámenes dentales y recomendaciones
- Detección y asesoramiento de factores de riesgo
- Servicios de salud reproductiva como pruebas de embarazo y métodos de prevención incluyendo métodos anticonceptivos

- Exámenes físicos de rutina
- Exámenes anuales de rutina
- Exámenes físicos deportivos y para empleo
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades e infecciones de rutina
- Tratamiento para el asma
- Tratamiento de esguinces, cortadas y quemaduras

- Evaluaciones generales de la salud
- Intervenciones individuales breves
- Sesiones grupales de salud mental y comportamiento
- Evaluación del estrés y problemas emocionales
- Asesoramiento familiar para apoyar las necesidades del estudiante
- Atención psiquiátrica ambulatoria.

Atención Primaria y Cuidados Urgentes

*Para mayor información sobre las inmunizaciones que su hijo/a recibirá, visite la siguiente página web: <http://www.heartlandhealthcenters.org/language-page/espanol/>. La misma información será enviada a casa en el momento de la vacunación de su hijo/a.

Salud Mental y de Comportamiento

Entiendo que el personal del Centro de Salud Escolar podría solicitar documentación adicional relacionada a ciertos tratamientos que mi hijo/a necesite. Entiendo que mi hijo/a puede dar consentimiento a ciertos servicios, que se mantendrá la confidencialidad entre el estudiante y los profesionales del Centro de Salud en áreas específicas designadas por la ley del Estado de Illinois y que éstos no serán discutidos con el padre/tutor legal, sin el consentimiento del estudiante. El personal del Centro de Salud considera extremadamente importante la participación de los padres, así que animamos a los estudiantes a que involucren a sus padres en cualquier decisión médica. También entiendo que los expedientes médicos en el Centro de Salud son confidenciales. Autorizo a que la escuela intercambie información médica y escolar con los empleados del Centro de Salud de Heartland Health Centers operado bajo el modelo escolar SMART y a la vez autorizo a que el Centro de Salud intercambie información con mi proveedor médico para asistir en el cuidado de mi hijo/a. También autorizo a otros proveedores médicos de mi hijo/a a que intercambien información con el Centro de Salud Escolar de HHC cuando sea necesario. Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de HHC está disponible en la página web de HHC: www.heartlandhealthcenters.org y que puedo obtener una copia impresa en el Centro de Salud.

X _____ () _____

Firma del Padre/Tutor Legal Nombre del Padre/Tutor Legal Código de Área/Número de Teléfono Fecha

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O PREOCUPACIÓN, POR FAVOR CONTACTE A NUESTRO GERENTE al 773- 761-5309
FORMULARIO DOBLE CARA (POR FAVOR VOLTEE LA PÁGINA)

