



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Escuela

Grado

Entiendo que el centro *Cy-Fair Community Health Center* (Cy-Fair CHC) brinda servicios de salud a estudiantes. Para que el estudiante reciba servicios, Cy-Fair CHC debe tener un formulario de consentimiento firmado por los padres. Al marcar 'sí' doy consentimiento para lo siguiente:

Sí **No**

- Doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba **atención médica*** en Cy-Fair CHC.
Ejemplos incluyen, entre otros: tratamiento de enfermedades leves, exámenes físicos anuales, vacunación, manejo de enfermedades crónicas y educación de la salud.
- Doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba **atención dental** en Cy-Fair CHC.
Ejemplos incluyen, entre otros: limpiezas, rayos x, selladores dentales y aplicación de fluoruro. Algunos tratamientos podrían ser proporcionados por un higienista dental o un asistente dental.
- Doy consentimiento para que mi hijo(a) reciba **servicios de salud mental/conductual** en Cy-Fair CHC.
Ejemplos incluyen, entre otros: evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- Doy consentimiento para que mi hijo(a) sea transportado a sus citas en Cy-Fair CHC durante el horario escolar en transporte de CFISD. Los estudiantes se entregarán a sus padres/tutores legales solamente desde la escuela. *El transporte será proporcionado en estas escuelas:*
Hopper M.S., Kahla M.S., Thornton M.S., Cy-Lakes H.S., Cy-Park H.S., & Cy-Springs H.S.

Favor de indicar cualquier requisito o cuidado especial (*por ej.* silla de ruedas):

**Nota: A menos que el padre/tutor legal indique lo contrario, se darán todas las vacunas obligatorias y recomendadas.*

Entiendo que mi compañía de seguro, si tuviese seguro, recibirá una factura por los servicios prestados en Cy-Fair CHC. Por la presente autorizo al personal de Cy-Fair CHC para que comparta los expedientes médicos y la información exigida por la aseguradora para recibir dicho pago.

Debido a las reglas y los reglamentos de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), el personal de Cy-Fair CHC usará y compartirá la Información Protegida de Salud (como definido en la HIPAA) de mi hijo para: 1) fines relacionados con el tratamiento de mi hijo(a); 2) pagos por servicios proporcionados a mi hijo(a); y 3) operaciones de rutina de Cy-Fair CHC incluso mejoras de calidad, acreditación, fines educativos u otras divulgaciones exigidas por la ley. Entiendo que el documento de Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible en el lugar (o lugares) donde mi hijo(a) recibe sus servicios de atención médica y en el sitio de internet del centro *Cy-Fair Community Health Center* en www.sbchc.net.

Al firmar abajo, confirmo que soy el padre/tutor legal del estudiante mencionado arriba y que estoy autorizado para dar este consentimiento. Este consentimiento estará en vigencia por un año de la fecha indicada abajo a menos que sea revocado con anterioridad.

Firma del padre o tutor legal

Fecha



Healthy Families. Healthy Community.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

(Llenar el formulario con letra de molde)

DATOS DEL PACIENTE

Apellido(s):		1 ^{er} Nombre:	2 ^{do} Nombre:	Otros nombres usados (si corresponde):		
Dirección de la casa:			Apto/Suite:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Género al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: / /	Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono: ()	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro	
Pacientes de 18 años de edad y mayores, sírvanse responder las siguientes preguntas:						
Orientación sexual ¹ : <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Opto no revelar			Identidad de género actual ² : <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Opto no revelar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Transgénero F (M-a-F) <input type="checkbox"/> Transgénero M (F-a-M)			
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Es veterano de las Fuerzas Armadas de los EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene vivienda fija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Raza: <input type="checkbox"/> Anglo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otro: _____					Origen Latino/Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingresos familiares: \$ _____		Tamaño de la familia: _____ (No. de personas que viven en su casa con usted)				
Elegió la clínica/Se la recomendó (sírvase marcar uno de los siguientes recuadros):						
<input type="checkbox"/> Pariente/Amigo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Por correo/Volante <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> Otro: _____						

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo:	Relación con el paciente:	Dirección:	No. de teléfono: ()
------------------	---------------------------	------------	-------------------------

DATOS DEL SEGURO

¿Tiene el paciente seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si marcó 'No', puede saltar esta sección)			
Indique el seguro primario:		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> CHIP Perinatal <input type="checkbox"/> Seguro privado: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Persona responsable por los cargos:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (si es diferente a la indicada arriba):	Teléfono de la casa: ()
Nombre del Grupo:	No. del Grupo:	Número de póliza:	Co-pago: \$
Relación del paciente con el titular: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Seguro Dental:	Nombre del titular:	Fecha de nacimiento: / /	No. del grupo: Número de póliza:
Relación del paciente con el titular: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro: _____			

1: **Orientación sexual** es la terminología usada para describir a qué género se siente atraída, sexual o románticamente, la persona.

2: **Identidad de género** es la forma en que la persona se siente y expresa su género y las funciones características de cada género — vestimenta, comportamiento y apariencia personal. Es un sentimiento que tenemos desde la temprana edad de dos o tres años.



DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Madre/Tutora legal - Apellido(s):	1 ^{er} Nombre:	2 ^{do} Nombre:	Fecha de nacimiento: / /
Dirección de correo electrónico:	No. de teléfono de la casa: ()		No. de teléfono del trabajo: ()
Padre/Tutor legal - Apellido(s):	1 ^{er} Nombre:	2 ^{do} Nombre:	Fecha de nacimiento: / /
Dirección de correo electrónico :	No. de teléfono del trabajo: ()		No. de teléfono del trabajo: ()
Dirección de los padres/tutores legales:			

ESTADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Pediatra del niño (<i>si corresponde</i>):	No. de teléfono: ()	Fecha del último examen físico: / /
Dentista del niño (<i>si corresponde</i>):	No. de teléfono: ()	Fecha del último examen dental: / /
Lista de alergias del niño (<i>si corresponde</i>). Ejemplos: <i>alergia a medicamentos, comidas, picaduras de abejas, látex, etc.</i>		
Lista de medicamentos que toma el niño en la actualidad (<i>si corresponde</i>):		
Dieta especial:		
¿Tiene más información importante acerca de la salud de su hijo que cree que debiésemos saber? (<i>Embarazo, historia de cáncer/tumores/tuberculosis</i>)		
¿Estuvo su hijo internado en el hospital el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", ¿por qué?		
¿Ha tenido su hijo alguna cirugía este año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique.		
¿Desea usted solicitar alguna otra clase de asistencia? ¿Tiene algún otro comentario para ayudarnos a servirle mejor?		

HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE Y DE LA FAMILIA

Esta información nos ayuda a determinar la evaluación adecuada para el estudiante

Enfermedad	Estudiante	Madre	Padre	Hermana(s)	Hermano(s)	Abuelos	Otros parientes	Comentarios
NINGUNA								
Anemia								
Alcoholismo / Drogadicción								
Alzheimer								
Válvulas artificiales en el corazón / Coyunturas								
Asma / Tratamientos para respirar								
Enfermedad autoinmune								
Enfermedad de hemorragias o coagulación								
Cáncer								
Enfermedad de las arterias coronarias (ataque el corazón, angina)								
Depresión / Suicidio / Ansiedad								
Diabetes (comienzo en la niñez)								
Diabetes (comienzo en la edad adulta)								
Enfermedad hereditaria (explique)								
Glaucoma								
Enfermedad cardíaca (CHF)								
Hepatitis B o C								
Alta presión arterial - Hipertensión								
Colesterol alto								
Hipotiroidismo / Enfermedad de la tiroides								
Enfermedad del riñón								
Problemas de aprendizaje/Educación Especial								
Enfermedades de los pulmones/ Tuberculosis								
Degeneración macular								
Migrañas								
Osteoporosis								
Epilepsia								
Otra (liste)								
Información adicional								