

**Nombre completo del paciente (estudiante):** \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

**Fecha del último examen físico:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Tiene el paciente alguna condición médica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Toma el paciente algún medicamento (incluyendo inhaladores y vitaminas)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enumere:
¿Ha sufrido el paciente alguna lesión grave (incluso una lesión en la cabeza)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Tiene el paciente un defecto de nacimiento o defecto cardíaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Ha sido el paciente alguna vez hospitalizado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Ha tenido el paciente alguna cirugía en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Tiene el paciente problemas para dormir y/o ronca?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Ha tenido el paciente una limpieza dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Alguien fuma en la casa?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Fuma o usa el paciente cigarrillos electrónicos o mastica tabaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Hace el paciente 60 minutos de ejercicios, al menos 3 veces a la semana?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Está usted preocupado por el tiempo que su hijo pasa en las redes sociales, la televisión, los videojuegos, la computadora o el teléfono?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Tiene alguna otra preocupación sobre la salud o el peso de su hijo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:

## ¿Tuvo o tiene el paciente alguno de estos PROBLEMAS?

Anemia/trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Neumonía	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fiebre reumática o enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autismo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Infecciones de la vejiga o los riñones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Escoliosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cáncer/Leucemia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Varicela	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de la piel (eccema, acné, etc.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas alimenticios	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad endocrina/glandular/enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Úlcera/problemas digestivos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hepatitis o problemas del hígado	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Defectos de nacimiento (espinas bífidas, cardíacos, pulmonares, cerebrales, etc.)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas de aprendizaje/del desarrollo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de los dientes o encías	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Otros:	
Sobrepeso u obesidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

**HISTORIA FAMILIAR** de cualquiera de los anteriores:

## ALERGIAS

¿a cualquier alimento? (incluso la intolerancia a la lactosa)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentarios:
¿A algún medicamento? (incluyendo medicamentos sin prescripción o antibióticos)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentarios:
¿Tiene el paciente un Epi-Pen (o prescripción similar) para la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentarios:
Otro:		

## SALUD DEL COMPORTAMIENTO

¿Ha recibido el paciente alguna vez servicios de consejería?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es sí, ¿cuándo y con quién?
¿Está usted interesado (a) en inscribir al paciente en servicios de salud del comportamiento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

### El paciente ha tenido alguna vez alguna de las siguientes:

Cambios familiares	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de ira	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Problemas escolares	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Dificultades de atención	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Estrés social/por los compañeros	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tristeza y/o cambios de humor	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ansiedad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Absentismo/evasión escolar	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dificultades del aprendizaje	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Pérdida/crisis reciente	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Si contestó si a cualquiera de los anteriores, por favor comente:

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre legal completo: (de la persona que recibirá los servicios) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal/núm. de apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Origen étnico (casilla de verificación):  Hispano  No hispano Idioma principal del estudiante: \_\_\_\_\_  
 Raza (casilla de verificación):  Desconocida  Indígena estadounidense  Islas del Pacífico  Nativo de Alaska  Negro  Asiático  Blanco  Otro  
 ¿El estudiante califica para almuerzo gratis/ de costo reducido?  SÍ  NO Escuela a la que asiste el estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

No tiene seguro

Seguro(s) médico: \_\_\_\_\_ Núm. de identificación de Medicaid \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del seguro (cara posterior de la tarjeta) \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación/política del seguro privado: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_  
 Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del seguro (cara posterior de la tarjeta) \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección postal/núm. de apartamento (si es distinta de la anterior) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Accedo a que me dejen mensajes de voz en mi:  Teléfono de habitación  Teléfono celular  Teléfono de trabajo  
 Teléfono de habitación \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
 Teléfono celular del estudiante: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Al firmar a continuación, reconozco y acepto que he leído y comprendo esta autorización:

#### **Autorizo a que mi hijo reciba/a recibir yo mismo servicios sanitarios de rutina en el Centro de Salud Escolar.**

Se facturará a todos los seguros en el momento de la visita. No habrá costos pagados por el paciente en los servicios médicos prestados en la escuela. A nadie se le negará los servicios por no poder pagar.

#### **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y PAGO**

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o conductual necesaria para procesar mi reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos a la Agencia de Niños y Familia, por los servicios proporcionados.

#### **CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco y acepto que he leído y comprendo este consentimiento y que he recibido la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Agencia de Niños y Familia (CFA, por sus siglas en inglés), vigentes. Comprendo que la información referente a cómo la CFA utilizará y divulgará mi información se encuentra en la Notificación de la Prácticas de Privacidad de la CFA. Comprendo que mi consentimiento es efectivo mientras la CFA retenga mi información médica protegida.

#### **AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD O EDUCATIVA**

Autorizo a que la Agencia de Niños y Familia (CFA) intercambie información con el proveedor médico de mi hijo, su enfermera escolar y el personal escolar clave, según sea necesario, para atender de forma efectiva a mi hijo.

También certifico que la información de salud suministrada es precisa, hasta donde tengo conocimiento, y comprendo que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud del paciente. Notificaré al Centro de Salud Escolar de cualquier cambio en la información médica.

Firma del padre/Tutor legal/Representante personal (o estudiante si es mayor de 18 años): \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Comprendo que al firmar arriba, esta información es válida hasta que yo revoque la misma. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación escrita del retiro de mi consentimiento. Reconozco que si los registros médicos, son recibidos por el distrito escolar, no pueden ser protegidos por la Norma de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés), sino que se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia.*

**Complete también el reverso →**

¿Sabe que puede registrarse en línea? Visítenos en [www.childandfamilyagency.org](http://www.childandfamilyagency.org)