

## Programa de Clínica de Salud basada en la Escuela

## Registro del paciente

Consulte al personal de enfermería de su escuela para obtener información detallada.

**Información para el/la paciente: complete esta sección en su totalidad (con tinta negra o azul únicamente)**

Apellido del/de la estudiante \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección del/de la estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de seguro social del/de la estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre/ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Sexo:** (marque una opción con un círculo) M F **Raza:** (marque una opción con un círculo) Blanca Negra  
Hispana Asiática Birracial Otra

Idioma elegido: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

### Información del padre/de la madre/del tutor:

Nombre del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Empleador del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

### Información del seguro: Complete toda la información de modo que no tengamos que copiar su tarjeta.

**Mi hijo(a):**  No tiene ningún seguro  
 Tiene TennCare - N.º de Id. \_\_\_\_\_ (necesario para la facturación)  
 Tiene seguro privado/comercial (proporcione toda la información detallada a continuación)  
Deducible \$ \_\_\_\_\_

Compañía de seguro primario: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el/la estudiante: \_\_\_\_\_

N.º de póliza o Id. del miembro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Copago: \$ \_\_\_\_\_

N.º de seguro social del/de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del/de la titular de la póliza: \_\_\_\_\_

### Información de contacto en caso de emergencia: Contacto alternativo en caso de no poder comunicarse con los padres.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

Indique todas las personas a quienes usted autoriza a tener acceso a la información de salud de su hijo(a):

### Como padre/madre/tutor del(de la) estudiante mencionado(a) anteriormente:

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamaciones de seguro para el pago de beneficios médicos al Programa de Clínica de Salud basada en la Escuela. He proporcionado información detallada sobre todas las pólizas de seguro que brindan cobertura a mi hijo(a).

Firma del padre/de la madre/del tutor \_\_\_\_\_

Nombre del padre/de la madre/del tutor,  
EN LETRA DE IMPRENTA

Fecha \_\_\_\_\_

## Historia Médica del Estudiante

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono del pediatra: \_\_\_\_\_ Ultimo examen físico: \_\_\_\_\_

### Historia clínica del paciente

ADD/ADHD	Sí	No	Enfermedades del Corazón	Sí	No
Asma	Sí	No	Enfermedades de Riñones	Sí	No
Problemas urinario/vejiga	Sí	No	Sangrado de la Nariz	Sí	No
Problemas en la sangre	Sí	No	Neumonía	Sí	No
Problemas del intestino/ Estreñimiento	Sí	No	Parto Prematuro	Sí	No
Cáncer/Leucemia	Sí	No	Problemas en la Columna	Sí	No
Depresión/Ansiedad	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Diabetes Mellitus	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Dolor de oído/Infecciones	Sí	No	Dolores de Estomago	Sí	No
Eczema	Sí	No	Usa anteojos o contactos	Sí	No
Infecciones frecuentes	Sí	No	Usa aparatos para oír	Sí	No
Dolores de cabeza	Sí	No	Problemas de Peso	Sí	No

Otro: \_\_\_\_\_

### Medicamentos actuales:

¿Su hijo toma alguna medicina, Vitaminas, Suplementos, Remedios naturales? Sí No

Si es así, escriba cuáles: \_\_\_\_\_

### Alergias:

¿Su hijo tiene alergias? Sí (Si es así, escriba a que es alérgico) No

Alergias a comidas: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicinas: \_\_\_\_\_

Alergias a Animales o insectos: \_\_\_\_\_

¿Alergias que Requieren Inyecciones de Epinefrina? Sí No

### Información del Asma:

¿Tiene su hijo un inhalador? Sí No Tipo de inhalador preventivo: \_\_\_\_\_

¿Su hijo traerá el inhalador a la escuela? Sí No Tipo de inhalador de emergencia: \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo un nebulizador en casa? Sí No

### Cirugías / Hospitalizaciones:

¿Su hijo ha estado una noche en el hospital? Sí No ¿Número de visitas a la sala de Emergencias el año pasado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una lesión grave? Sí No ¿Qué tipo?: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido una cirugía? Sí No ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

### Historia Familiar (abuelos maternos y paternos, padres, hermanos y hermanas)

¿Algún pariente de sangre de su hijo ha tenido los siguientes problemas? (Marque todas las que correspondan.)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> SIDA                           | <input type="checkbox"/> Hipertensión          | <input type="checkbox"/> Células falciformes   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto                | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas       |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Problemas en los músculos      | <input type="checkbox"/> Derrame               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis          |
| <input type="checkbox"/> Muerte Súbita Infantil      | <input type="checkbox"/> Artritis/Defecto de nacimiento | <input type="checkbox"/> Alcoholismo           | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ Ataques |
| <input type="checkbox"/> Sordera temprana            | <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> F brosis Quística     |

### Historia Social

¿Expuesto al humo del cigarrillo en el hogar? Sí No

Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Programa de Clínica de Salud Basada en la Escuela Consentimiento para tratar

Nombre de su hijo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Escriba el nombre completo de su hijo en letra de imprenta)

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que mi hijo anteriormente nombrado reciba servicios de atención médica en la Clínica de Salud Basada en la Escuela o Móvil Ronald McDonald Care® (el "Servicios"), que es atendida por profesionales con licencia estatal del Hospital infantil de Erlanger (en adelante "Erlanger") y los médicos con licencia y acreditados del personal médico de Erlanger. Los servicios incluyen, pero no se limitan a la atención médica y el tratamiento, incluyendo el diagnóstico de enfermedades y enfermedades agudas y crónicas y la prescripción de medicamentos en persona o a través de la tecnología de videoconferencia (telemedicina), y tratamientos de albuterol (con consentimiento). Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento y el consentimiento se da a la luz de este conocimiento. Entiendo que Children's Hospital en Erlanger es un hospital de enseñanza y que mi hijo puede ser incluido en sus programas de enseñanza, investigación y capacitación. También entiendo que puedo ser contactado para participar y / o seguimiento con respecto a tales programas.

Entiendo que algunas partes de un examen de telemedicina pueden incluir pruebas físicas realizadas por las personas en la ubicación de mi hijo bajo la dirección del proveedor de atención médica de consultoría de telemedicina. Entiendo que la videoconferencia no será lo mismo que una visita directa de atención al paciente debido al hecho de que yo o mi hijo no estaremos en la misma habitación que el proveedor de atención médica. Entiendo los riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina de mi hijo si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

Entiendo que se me notificará antes del encuentro de mi hijo con el proveedor médico, incluidas las posibles visitas a la telemedicina. Doy mi permiso para que mi hijo reciba atención en la Clínica de Salud Basada en la Escuela o En la Escuela de Ronald McDonald Care®, independientemente de que pueda acompañar a mi hijo en cada visita. Estoy de acuerdo en ponerme a disposición para la comunicación con respecto a las necesidades de salud de mi hijo. Autorizo al personal a convocar servicios de emergencia (9-1-1) para mi hijo si es necesario. Los gastos relacionados con ambulancia u otra referencia de emergencia serán mi responsabilidad.

Autorizo al personal de Ronald McDonald Care Mobile® o School-Based Health Clinic a revelar la totalidad o parte del expediente médico de mi hijo a personas o entidades pertinentes a su atención médica, incluyendo pero no limitado a su médico de atención primaria, proveedores de salud en el equipo de atención, coordinadores de atención, proveedores médicos pediátricos de subespecialidad, la enfermera de la escuela y el personal de Ronald McDonald Care Mobile®. Además, entiendo que toda la información en el registro médico de mi hijo es confidencial y no será divulgada a ninguna persona o agencia no autorizada sin consentimiento por escrito, excepto cuando lo permita la ley.

Doy mi consentimiento para divulgar cualquier información relacionada con el tratamiento a terceros pagadores (seguros) con el fin de facturar. Entiendo que es mi deber informar al personal de Ronald McDonald Care Mobile® o School-Based Health Clinic de cualquier cambio en la tutela del niño. Asigno a Erlanger Health System, mi médico y otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado de mi hijo, todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo cualquier póliza de seguro de salud privada, Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa que identifique para qué beneficios pueden estar disponibles para pagar Erlanger Health System por los servicios médicos prestados. Acepto cooperar y proporcionar información según sea necesario para establecer mi elegibilidad para dichos beneficios. Los servicios médicos proporcionados por el Programa de Clínica de Salud Basada en la Escuela Móvil Ronald McDonald Care® o en la escuela son servicios facturables y pueden ser facturados directamente a mi compañía de seguros.

Estoy de acuerdo en que Erlanger Health System puede obtener mi informe de crédito en cualquier momento, y Erlanger sólo puede proporcionar mi informe a un tercero con el propósito de la evaluación de la recolección y los esfuerzos.

Si mi cuenta no se paga en su totalidad dentro de los 30 días posteriores al envío de la factura inicial a la última dirección que proporcioné Erlanger, y Erlanger no ha acordado por escrito un plan de pago, mi cuenta puede ser reportada para su cobro a elección de Erlanger. Si mi cuenta es entregado a un abogado para su cobro, acepto pagar el 33,33% del saldo por honorarios de abogados, independientemente de si se presenta una demanda para cobrar el saldo. Si se presenta una demanda, acepto pagar todos los costos para presentar la demanda, incluyendo pero no limitado a las tasas de presentación, costos judiciales, honorarios de servicio de proceso, costos de citación de alias y todos los costos de los procedimientos posteriores a la sentencia (por ejemplo: intereses posteriores a la sentencia, costos de embargo, ejecución tasas). Si mi cuenta es entregado a una agencia de cobro, acepto pagar los costos de cobro además del saldo de la deuda.

Estoy de acuerdo en que puede llamarme a cualquier número de teléfono que le dé a Erlanger, incluyendo líneas terrestres, teléfonos celulares, números de Skype o cualquier otro número. Los números que proporcione pueden ser utilizados para comunicarme con respecto al tratamiento de mi hijo, los servicios prestados, con respecto a cualquier saldo no pagado en mi cuenta, o para cualquier otro propósito.

Si mi hijo está cubierto por un seguro comercial, certifico al firmar a continuación que he recibido y leer el Aviso sobre posibles cambios fuera de la red en la página 2 de este consentimiento.

También certifico, mediante la firma de este formulario, que estoy legalmente autorizado para proporcionar este consentimiento. Este consentimiento permanecerá en vigor por un período de un año, o hasta que revoque dicho consentimiento por escrito.

Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad (NPP) de Erlanger que detalla cómo se recopila la información médica protegida (PHI) de mi hijo para el suministro de tratamiento, cobro de pagos y desempeño del hospital Operaciones. \_\_\_\_\_ Iniciales.

He declinado recibir una copia del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad (NPP) de Erlanger \_\_\_\_\_ Iniciales

Recibí el Resumen de Erlanger Health System de la Política de Asistencia Financiera de Erlanger, y me han informado verbalmente sobre la Política de Asistencia Financiera de Erlanger \_\_\_\_\_ Iniciales

Firma del padre/la madre/el tutor legal

Nombre del padre/la madre/el tutor  
legal EN LETRA DE IMPRENTA

Fecha

**Aviso sobre posibles cargos fuera de la red**

Entiendo que mi hijo puede recibir Servicios de médicos con sede en Erlanger que pueden estar fuera de la red y no tienen un contrato actual con mi aseguradora. Entiendo que los médicos y otros proveedores que pueden tratar a mi hijo en Ronald McDonald Care Mobile® o School Based Health Clinic pueden no ser empleados por Erlanger y no pueden participar en la red de seguros de mi hijo. Estoy de acuerdo en que mi hijo reciba servicios médicos por un proveedor fuera de la red.

El anestesiólogo, el radiólogo, los médicos de la sala de emergencias y los patólogos no son empleados por Erlanger. Los servicios prestados por esos especialistas, entre otros, se facturarán por separado.

Antes de que mi hijo reciba servicios, debo consultar con la compañía de seguros de mi hijo para averiguar si los proveedores de mi hijo están dentro de la red. De lo contrario, podría estar en riesgo de cargos más altos fuera de la red.

Erlanger tiene un contrato con los siguientes grupos médicos para proporcionar los siguientes servicios:

Grupos médicos de foros en español

<b>Servicios de anestesia:</b> Ace Anesthesiology Phone: (423) 778-7608 <a href="https://aceanesthesia.com/">https://aceanesthesia.com/</a>	<b>Servicios de emergencia:</b> Tennessee River Physicians, PLLC Phone: 1 (888) 568-5443 <a href="https://www.quickpayportal.com">https://www.quickpayportal.com</a>	<b>Servicios de radiología:</b> Tennessee Interventional and Imaging Associates (TIIA) Phone: (423) 778-7234 <a href="http://www.tiiarad.com/">http://www.tiiarad.com/</a>
<b>Servicios de patología:</b> Path Group Phone: (423) 305-0227 <a href="http://www.pathgroup.com/resources/patient-resources/patient-service-centers/">http://www.pathgroup.com/resources/patient-resources/patient-service-centers/</a>	<b>Servicios de laboratorio:</b> LabCorp Phone: (423) 634-1162 <a href="https://www.labcorp.com/contact-us">https://www.labcorp.com/contact-us</a>	

Si Erlanger está fuera de la red con la compañía de seguros de mi hijo, autorizo a mi hijo a recibir servicios médicos por Erlanger y reconozco que puedo recibir una factura por la cantidad no pagada por la compañía de seguros de mi hijo, que puede ser mayor que la cantidad que pagar por los servicios en una instalación dentro de la red.

Si mi hijo es admitido en Erlanger, o tiene un procedimiento médico programado, reconozco que se me facturarán cargos adicionales, incluyendo cualquier cargo fuera de la red, si mi hijo recibe servicios médicos por un proveedor de atención médica que no está dentro de la red. En particular, debo preguntarle a Erlanger si mi hijo recibirá algún servicio médico por anestesiólogos, radiólogos, médicos de urgencias o patólogos que no estén en la red de seguros de mi hijo.

Si mi hijo es admitido en Erlanger, entiendo que puede ser trasladado a otro centro durante el curso de su cuidado y tratamiento. Si mi hijo es transferido a un centro fuera de la red, reconozco que puedo recibir una factura por la cantidad no pagada por la compañía de seguros de mi hijo, que puede ser mayor que la cantidad que pagaría por los servicios en un centro dentro de la red. Entiendo que Erlanger proporcionará información sobre una transferencia a un centro que está en la red de seguros de mi hijo, si el centro dentro de la red tiene un tratamiento similar disponible para mí y no arriesgará la salud de mi hijo.

Al firmar este formulario, reconozco que puedo recibir una factura de hasta el 100 por ciento (100%) de cargos facturados por cualquier cantidad no pagada por la aseguradora de mi hijo por servicios de atención médica fuera de la red.

Recibiré una estimación/declaración separada de los cargos de Erlanger por artículos y servicios de acuerdo con mi cobertura de beneficios de salud. Esta estimación/declaración se proporcionará una vez que los proveedores de atención médica determinen qué tratamiento y servicios requiere mi hijo.