

# Ronald McDonald Care Mobile ®

## Registro de pacientes

Para una cita llame al (423) 298-4469



### Información del paciente: Por favor complete toda esta sección (Solamente tinta Azul o Negra)

Apellido del Estudiante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección del Estudiante \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
\*Número de Seguro Social Del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Doctor de atención primaria \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Sexo: M F Raza: (circule uno) Blanco Negro Hispano Asiático Bi-Racial Otro  
Escuela \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Idioma de preferencia: Ingles Español Ruso Otro: \_\_\_\_\_

### Información del Padre / Tutor:

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Empleador del Padre: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular #: \_\_\_\_\_  
¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

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

Mi hijo tiene:  No tiene seguro  
 TennCare-ID # \_\_\_\_\_ (# ID es necesario para cobros)  
 Cover Kids - ID # \_\_\_\_\_  
 Seguro Comercial Privado / Comercial (Indique **TODOS** los detalles a continuación. Los detalles son necesarios para que la compañía de seguros pague de manera apropiada)

Compañía de Seguro Primario: \_\_\_\_\_  
Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_  
Identificación o Número de Póliza \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Pago compartido:\$ \_\_\_\_\_  
Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Por favor llámenos si tiene alguna pregunta o duda sobre cobros durante todo el año 423-298-4469)

### Información de Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
(¿Podemos dejar un mensaje?) Sí No

### Como padre / tutor del estudiante arriba:

Autorizo que se dé cualquier información médica necesaria para procesar un cobro al seguro para el pago de los beneficios médicos a la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald Care Mobile ®.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Historia Médica del Estudiante

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

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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 ayuda para oír	Sí	No
Dolores de cabeza	Sí	No	Problemas de Peso	Sí	No

### Medicamentos actuales:

¿Su hijo toma alguna medicina, Vitaminas, Suplementos, Remedios naturales? Sí No  
Si es así, escriba que medicinas: \_\_\_\_\_

### Información del Asma:

¿Tiene su hijo un inhalador? Sí No ¿Tipo de inhalador preventivo?: \_\_\_\_\_  
¿Su hijo traerá el inhalador a la escuela? Sí No ¿Ha estado Su hijo más de una noche en el hospital? Sí No  
¿Usa su hijo un nebulizador en casa? Sí No Tipo de Inhalador de emergencia: \_\_\_\_\_

### Alergias:

¿Su hijo tiene alergias? Sí (Si es así, escriba a que esa alérgico) No  
Alergias a comidas: \_\_\_\_\_  
Alergias a Medicinas: \_\_\_\_\_  
Animales o insectos: \_\_\_\_\_  
¿Alergias que Requieren Inyecciones de Epinefrina? 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 \_\_\_\_\_  
¿Su hijo ha tenido una cirugía? Sí No  
si la respuesta es sí, haga una lista: \_\_\_\_\_

### Historia Familiar

¿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"/> 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"/> Ataques
<input type="checkbox"/> Sordera temprana	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística

### Historia Social

¿Expuestos al humo del cigarrillo en el hogar? Sí No Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### Firma

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Ronald McDonald Care Mobile®**  
**Clínica Médica Escolar**  
**Consentimiento para el tratamiento**

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_  
(Nombre completo con apellidos)

Yo, al firmar este documento, autorizo que mi hijo(a) nombrado arriba reciba servicios médicos en la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald Care Mobile®, que tiene un personal de profesionales del Hospital de Niños Erlanger con licencia del Estado. Los servicios médicos de la clínica escolar móvil incluyen, pero no se limitan a tratamiento y cuidado médico, incluyendo el diagnóstico de enfermedades agudas, crónicas y prescripción de medicinas en persona o por medio de una videoconferencia tecnológica (Telemedicina). Tratamientos con albuterol, vacunas (con consentimiento previo o separado). Entiendo que el Hospital de Niños Erlanger es un hospital escuela y que mi hijo puede ser incluido en sus programas de enseñanza, investigación y capacitación. También entiendo que puedo ser contactado para la participación y/o seguimiento en relación con este tipo de programas.

Entiendo que algunas partes de un examen por telemedicina pueden incluir un examen físico realizado por individuos en el lugar donde mi hijo está bajo la dirección del doctor que se consulta por telemedicina. Entiendo que la videoconferencia no será lo mismo que una consulta directa al paciente debido al hecho de que yo/mi hijo no estaremos en la misma habitación que el doctor. Entiendo los riesgos potenciales de esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta por telemedicina de mi hijo si se considera que la conexión de videoconferencia no es adecuada para la situación.

Yo entiendo que el personal de salud de la escuela o del Ronald McDonald Care Mobile® me notificarán antes de que mi hijo(a) sea atendido por el personal médico incluyendo consultas por telemedicina y vacunas. Yo, por este medio, doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba atención de la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald® aun si no puedo acompañar a mi hijo(a) cada vez a la clínica móvil.

Yo autorizo al personal de la Clínica Médica Escolar Móvil Ronald McDonald® que revelen toda o cualquier porción de la información médica de mi hijo(a) a las personas o entidades pertinentes a su cuidado médico, incluyendo pero no limitándose a su doctor de atención primaria, o cualquier otro proveedor del equipo médico, coordinadores, pediatras sub-especialistas, la enfermera de la escuela y personal del Ronald McDonald Care Mobile®.

También entiendo que toda la información médica de mi hijo(a) es confidencial y no será compartida con ninguna persona ni agencia no-autorizada sin consentimiento escrito. Reconozco que he recibido una copia de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) políticas de practicas de privacidad de la Clínica Escolar Móvil Ronald McDonald®.

Yo autorizo al personal llamar al servicio de emergencia (9-1-1) para mi hijo(a) si es necesario. Los gastos relacionados a la ambulancia u otros servicios de emergencia serán mi responsabilidad.

Yo doy permiso que se dé cualquier información relacionada a su tratamiento a terceros como la compañía de seguros médicos con el propósito de facturación. Intentaré estar disponible para que puedan comunicarse conmigo con respecto a las necesidades médicas de mi hijo(a). Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos ligados a todas las formas de tratamiento y doy mi consentimiento a la luz de este conocimiento. Entiendo que es mi deber informar al personal del Ronald McDonald Care Mobile® si hay algún cambio de la tutela legal de mi hijo(a). Asigno al Sistema de Salud Erlanger, mi médico y otros profesionales de salud involucrados en el cuidado de mi hijo, todos mis derechos y reclamos de reembolso bajo cualquier póliza de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa relacionado cuyos beneficios pueden estar disponibles para pagar al Sistema de Salud Erlanger por los servicios médicos prestados. Estoy de acuerdo en cooperar y proporcionar la información necesaria para establecer mi elegibilidad para estos beneficios. Los servicios médicos prestados en el Ronald McDonald Care Mobile ® o en la escuela son servicios facturables y se pueden cobrar directamente a su compañía de seguros.

También certifico al firmar este formulario, que tengo la autoridad legal para firmar este consentimiento. Este consentimiento estará vigente por el periodo de un año, o hasta que revoque tal consentimiento de forma escrita.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Madre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Madre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

## HIPAA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Comprendo que como parte de mi cuidado de la salud, el Sistema de Salud Erlanger recibe, origina, mantiene, informa y usa mi información de salud protegida, incluyendo, pero no limitándose a los informes de mi salud y otra información de la salud que describe mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento, planes de tratamiento y la información acerca del seguro médico y facturación. La información médica se mantiene en papel y electrónicamente. Yo autorizo al Sistema de Salud Erlanger que pueda usar esta información con el propósito de tratamiento, pagos u operaciones para el cuidado médico. Esta autorización específicamente incluye la liberación de información médica concerniente a condiciones relacionadas con el uso de drogas, alcoholismo, condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas y/o enfermedades infecciosas que incluyen pero no se limitan a las enfermedades de la sangre. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito y el Sistema de Salud Erlanger cumpliría con esto si fuera posible. Sin embargo, el Sistema de Salud Erlanger no se responsabiliza por cualquier acción o información que se haya dado antes de la revocación de esta autorización.

Se me ha suministrado una *Notificación de las Prácticas de privacidad* que explica completamente los usos y la liberación de información que el Sistema de Salud Erlanger pueda hacer con respecto a mi información de salud protegida. Comprendo que tengo el derecho de revisar la **Notificación** antes de firmar este consentimiento. También entiendo que el Sistema de Salud Erlanger se reserva el derecho de cambiar la **Notificación de las Prácticas de privacidad** y si las practicas de privacidad cambian, yo seré notificado/a de los cambios durante mi próxima visita al Sistema de Salud Erlanger. También, puedo obtener una copia actualizada de esta notificación en [www.erlangers.org](http://www.erlangers.org).

Entiendo que no tengo la obligación de consentir al uso y la liberación de mi información de salud protegida para el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud. Si no consiento, el Sistema de Salud Erlanger puede rehusarse a suministrarme los servicios de cuidado de la salud a menos que se apliquen las leyes federales o del estado que requieren que el Sistema de Salud Erlanger me suministre estos servicios.

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones sobre la liberación de mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de la salud. También comprendo que el Sistema de Salud Erlanger no necesita estar de acuerdo con la restricción pedida, pero si está de acuerdo, está sujeta a ese acuerdo. Si hay un pedido de restricción sobre el uso o liberación de información de la salud individualmente identificable, se debe de notificar al Oficial en Jefe de la Privacidad (CPSO) de inmediato. La única persona que esta autorizada para aceptar un pedido de restricción es el CPSO.

Comprendo que puedo revocar esta autorización por escrito y el Sistema de Salud Erlanger deberá cumplir si es posible. Sin embargo, el Sistema de Salud Erlanger no será responsable por las acciones o liberación de información que se hayan llevado a cabo antes de la revocación de esta autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal

Parentesco con el Paciente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_