



**Salud Escolar**

Gracias por elegir CHC / SEK para las necesidades de atención médica de su hijo. La clínica de salud escolar está disponible para todos los estudiantes del distrito. Por favor proporcione la información a continuación para que podamos cuidar a su hijo. Tenga en cuenta que toda la información proporcionada por usted será mantenida estrictamente confidencial de conformidad con las leyes federales de privacidad. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor consulte con la recepcionista o llame al 620-231-9873. Por favor complete este formulario con tinta.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre legal completo

Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
-----------	----------------	-----------------

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado y código postal \_\_\_\_\_

Número de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Método de comunicación preferido para los recordatorios de citas:  Texto  Llamada

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino  Femenina

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

- Divorciado
- Casado
- Compañero
- Soltero
- Viudo
- Separado Legalmente

**Estado de Empleo:**

- Empleado Tiempo Completo
- Trabajo de Medio Tiempo
- Desempleados
- Trabajadores por cuenta propia
- Retirado

**Estatus estudiantil:**

- Estudiante Tiempo Completo
- Estudiante de Tiempo Medio
- No asiste la Escuela

Nombre de Escuela:
--------------------

Grado: _____
--------------

**RESPONSABLE DE CUIDADO** (Niños menores de 18 años de edad O Adultos con Poder Legal)

Nombre \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Codigo Postal \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia, a quien podemos contactar? \_\_\_\_\_

¿Relacion? \_\_\_\_\_

# de Casa \_\_\_\_\_ # de Celular \_\_\_\_\_

# de Trabajo \_\_\_\_\_

**Informacion del Seguro**

**Marque todo lo que corresponda:**

Ningun Seguro de Salud

¿Le gustaría reunirse con un navegador de pacientes para ver si califica para Medicare Parte D, Medicaid o Mercado de Seguro? Yes  No

KanCare (Amerigroup, Sunflower, United HealthCare)

Otro Medicaid (Oklahoma o Missouri)

Accidente De Vehiculo Motarizado

Seguro Comercial  Otro Accidente

**Proporcione la información del seguro a continuación.**

**Por favor proporcione a la recepción su tarjeta de seguro para propósitos de facturación**

**Seguro Primario**

Plan de Seguro: \_\_\_\_\_

#de identification del miembro: \_\_\_\_\_

# De Grupo: \_\_\_\_\_

**Informacion del guardador de poliza**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario**

Plan de Seguro: \_\_\_\_\_

#de identification del miembro: \_\_\_\_\_

# De Grupo: \_\_\_\_\_

**Informacion del guardador de poliza**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indio Americano / Alaska

Asiatico

Nativo de Hawaii

Negro Afroamericano

Blanco

Hispanic

Otra Raza

Islas Pacificas

**Etnia:**

Hispano/Latino

No Hispanic/Latino

**Lengua Preferida**

Ingles

Español

Otro \_\_\_\_\_

**Veterano:**

Si

No

**Si usted es Desamparado, ¿usted esta:**

En la calle

Viviendo con otros en la misma casa

En Vivienda Transicional

En un Albergue

Otro

En los últimos 2 años, ¿ha trabajado usted o ha trabajado alguna persona en su hogar en la agricultura, tales como sembrar, cultivar o cosechar (frutas, verduras, granos o productos lácteos) como:

Trabajador Temporal

Trabajador Migrante

**Farmacia:** \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Ciudad y Estado



# Community Health Center of Southeast Kansas

## CONSENTIMIENTO DE SALUD ESCOLAR PARA TRATAMIENTO Y FRACTURACIÓN DE SEGURO

Por favor lea y firme abajo.

Doy el consentimiento para el tratamiento por el Centro de Salud Comunitario de Sudeste de Kansas para los servicios médicos, dentales y/o de salud mental. Entiendo que los servicios están disponibles sin discriminación prohibida por la ley federal y estatal. Si consiento a un menor, entiendo que ningún tratamiento será dado sin mi conocimiento o consentimiento a menos que sea una emergencia.

- Entiendo que la información en mi (si es un menor maduro) o el expediente medico de mi hijo es confidencial y no será divulgado a ninguna persona o agencia no autorizada sin consentimiento.
- Asigno a CHC/SEK todos y cada uno de los beneficios pagaderos de cualquier proveedor de seguro que cubre al paciente o persona responsable del cuidado del paciente que se pagará directamente a CHC/SEK que se aplicará a los cargos por los servicios prestados.
- Entiendo que los exámenes de vision y audición pueden ser facturados a mi compañía de seguros.
- Entiendo que CHC/SEK puede revelar todo o parte del historial medico del paciente a cualquier compañía de seguros, corporación o persona que sea o pueda ser responsable bajo un contrato o parte de los cargos de CHC/SEK, incluyendo pero no limitado a empresas de servicios medicos, compañía de seguros o fabricantes de productos farmacéuticos .
- Autorizo a CHC/SEK a revelar todo a cualquier parte de mi (si es un menor maduro) o el expediente de salud de mi hijo a mi (si es un menor) o al proveedor medico de mi hijo quien es \_\_\_\_\_.
- Autorizo a CHC/SEK a revelar todo o cualquier porción de mi (si es un menor maduro) o el historial de salud de mi hijo al personal de la escuela en lo que se refiere al éxito académico de mi hijo.
- Autorizo a CHC/SEK a examinar mi (si es un menor maduro) o los expedients escolares de mi hijo para ayudar al personal proveer el cuidado necesario para mi hijo.
- Si hay servicios de los que le gustaria retirarse, por favor, escríbalos aqui:

\_\_\_\_\_

Con mi firma, certifico que entiendo lo dicho anterior y que estoy autorizado a firmar para el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Agente, Representante, Padre, Tutor Legal o Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con la fecha del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

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