

Thundermist Health Center – Registro de Paciente del SBHC de West Warwick

SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE: Por favor complete con información de su hijo/a.

Apellido del Paciente: _____ Primer Nombre del paciente: _____ Inicial del Segundo Nombre del Paciente: _____

Nombre Preferido: _____ Pronombres (él/il, ella/su): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

(Calle)

(Ciudad/Estado)

(Área Postal)

Teléfono Celular: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN# _____

Sexo: Masculino Femenino Otro Género: (Todos los que aplican): Hombre Mujer Transgénero Otro

Correo electrónico del paciente: _____ Correo electrónico del Padre/Guardián: _____

Además de un Padre/Tutor, ¿a quién más podemos contactar en caso de emergencia? _____

(Nombre)

(Telefono)

(Relacion con el paciente)

Pediatra del Niño/a (doctor de cabecera): _____ Número de teléfono del pediatra: _____

Nombre y dirección de la Farmacia: _____ Nombre del Dentista: _____

¿Tiene su hijo/a algún tipo de alergia, incluyendo al látex? Si No Si es sí, A qué?: _____

¿Está tomando su hijo/a algún medicamento, incluyendo los sin receta médica? Si No Si es sí, qué tipo y qué clase de problema médico: _____

He leído el formulario de notificación adjunto para padres/tutores y mi hijo/a puede recibir los siguientes servicios en el Health Hut:

(Por favor marcar cada servicio por separado)

Servicios Médicos (como se indica en el manual del Health Hut)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Consejería Nutricional	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Servicios de Consejería y Salud Mental	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Servicios Dentales	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si es sí, el ultimo día de visita? _____

SECCION B: INFORMACION FAMILIAR: Por favor complete el padre / tutor con custodia.

Padre/Tutor: _____ SS#: _____

(Marque uno con un circulo) (Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)

Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Área Postal)

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Celular: _____

Empleador: _____

(Nombre)

(Dirección)

SECCION C: COBERTURA DE SEGURO: Si usted no tiene seguro medico o dental, dejé esta parte en blanco.

Por favor escriba TODA cobertura de seguro médico y dental del paciente, incluyendo Medicaid, Medicare, RIté Care y seguro privado.

1. Nombre del Seguro _____ Numero de Póliza/ID: _____

¿A nombre de quien está el seguro? _____ del paciente _____ del padre o cónyuge del que aparece en la Sección B

____ Otro: Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

2. Nombre del Seguro: _____ Numero de Póliza/ID: _____

¿A nombre de quien está el seguro? _____ del paciente _____ del padre o cónyuge del que aparece en la Sección B

____ Otro: Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____

Segunda página, Por favor

SECCION D: INFORMACION FINANCIERA: Esta información es opcional, pero nos es útil cuando presentamos informes para diversas subvenciones/becas. (Toda la información financiera se mantiene estrictamente confidencial y no se da a conocer el nombre del paciente a ninguna fuente externa.)

Ingreso total FAMILIAR de TODAS LAS FUENTES: \$ _____ **MARQUE UNO CON UN CIRCULO:** Anual Mensual Semanal Otro (Fuentes de ingreso incluyen: empleo, asistencia pública, sustento de menores, pensión alimenticia, etc.) Numero en la familia: _____

SECCION E: OTRA INFORMACION – Thundermist debe proporcionar a sus financiadores del Estado y Federales con cierta información acerca de los pacientes a la cual servimos. Le estaremos muy agradecidos si usted completa esta sección. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial y será utilizada sólo para informes de los grupos estadísticos.

Etnicidad: (marque uno) Hispano Non-Hispano Opto por no informar

Raza: (marque uno) Asiático Blanco Negro ó Afroamericano Indio Americano ó Nativo de Alaska De Otras Islas del Pacifico Otro Mas de una raza

SECCION F: CONSENTIMIENTO Y FIRMA Favor de firmar debajo. Padre/tutor debe firmar por los niños(as) menores de edad. **TODOS LOS PACIENTES:** Esta sección debe ser llenada completamente por usted o su hijo/a para que pueda recibir servicios en el Health Hut. Certifico que estoy permitiendo a mi/mi hijo/a para que reciba servicios proporcionados por Thundermist. Doy a Thundermist y su personal mi permiso para: (a) utilizar la información contenida en el expediente de mi hijo/a con el fin de tramitar las solicitudes de pago de mi compañía de seguro médico o dental, y (b) revelar cualquier información contenida en los registros de mi hijo/a a los representantes del Departamento de Educación West Warwick con el propósito de programar y coordinar los servicios de atención que sean necesarias. También le doy el permiso al Departamento de Educación de West Warwick de compartir información relevante de mi hijo/a con Thundermist. Thundermist mantendrá una estricta confidencialidad con respecto a toda la información acerca de mi hijo/a, de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables y las políticas de Thundermist. Entiendo que los registros médicos de mi hijo/a son propiedad de Thundermist y no serán transferidos sin mi consentimiento expreso y por escrito, salvo en los casos permitidos por la ley o, si aplicable, transferidos al Departamento de Educación de West Warwick lo dispuesto anteriormente. He recibido una copia del Manual del Paciente del Health Hut que incluye los Derechos y Responsabilidades del Paciente. Yo entiendo que puedo pedir asistencia al personal si tengo alguna pregunta sobre estas políticas. Entiendo que se le proporcionará una copia de la visita a mi proveedor de atención primaria de mi hijo/a cuando se ve por servicios médicos y se le puede proporcionar al dentista de mi hijo/a cuando se ve por los servicios dentales. Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Thundermist Health Center. Yo autorizo al personal de Thundermist para que le proporcione a mi hijo/a cuidado razonable y adecuado por las normas de hoy en día. Una copia de la firma debajo es tan válida como la original y permanece en efecto hasta que mi hijo/a ya no este inscrito como estudiante en el sistema escolar de West Warwick.

X _____	_____
Firma del padre/Tutor/ ó estudiante si tiene 18 años o más	Fecha

Si marcó "Sí" para Dental previamente, su hijo/a será automáticamente programado/a para recibir un examen, limpieza, tratamiento de fluoruro, radiografías y selladores, si es necesario. Usted debe llenar la siguiente información si desea que su hijo/a reciba servicios dentales.

Asma Tuberculosis Convulsiones/Epilepsia Problemas Mentales/Conducta Hepatitis Enfermedades Renales Diabetes ADD/ADHD Trastornos Hemorrágicos Soplo del Corazón/Prolapso de Válvula Mitral Defecto del Corazón/Trasplante del Corazón Fiebre Reumática

Es su hijo/a alérgico/a a: Aspirina Yodo Penicilina /Otro Antibiótico Látex Anestesia Local Otro

Tiene el hijo/a: ¿Tiene problemas de sangrado en las encías con el hilo dental? Si No Usa productos de tabaco? Si No

¿Tiene dientes que le causan dolor? Si No ¿Tiene miedo de asistencia dental? Si No

Solamente para mujeres: ¿Estás usando algún tipo de píldora anticonceptiva? Si No

¿Estás embarazada? (ó ¿piensas que podría estar embarazada?) Si No

¿Estás amamantando? Si No