

# Registro de pacientes de Thundermist Health Center - Woonsocket SBHC

## SECCIÓN A: DATOS DEL PACIENTE: Por favor, completar en caso de menor.

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Nombre preferido \_\_\_\_\_ Pronombres (ella/él, él/ella) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de su domicilio \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad/Estado) (Código ZIP)

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ N.º SSN \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino  Otro  Género (todos los que apliquen): Chico  Chica  Transgénero  Otro \_\_\_\_\_

Correo electrónico del paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Además de los padres o tutores, ¿a quién más podemos contactar en caso de emergencia? \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Teléfono) (Parentesco con el paciente)

Nombre del proveedor de atención primaria (médico habitual) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la farmacia \_\_\_\_\_ Nombre del dentista habitual \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna alergia, incluso al látex? Sí  No  En caso afirmativo, indique a qué \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo/a medicamento, incluida los de venta libre? Sí  No  En caso afirmativo, ¿de qué tipo y para qué problema médico? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud o alguna hospitalización? Sí  No  En caso afirmativo, indique cuáles \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/a alguna vez alguna reacción a medicamentos? Sí  No  En caso afirmativo, indique cuáles \_\_\_\_\_

Enumere cualquier necesidad especial que tenga su hijo/a, si las tiene, (física, emocional, cultural, religiosa o estilos/preferencias de aprendizaje) \_\_\_\_\_

He leído el formulario de notificación a los padres adjunto y mi hijo/a puede recibir los siguientes servicios en el Health Hut y/o en el Thundermist Health Center:  
(Marque los servicios)

Servicios médicos (como se indica en el manual de Health Hut)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Asesoramiento nutricional	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Asesoramiento y servicios de salud mental	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Servicios dentales	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/> En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última visita al dentista?: _____
Control de la natalidad (estudiantes de secundaria)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>

Si marcó "Sí" al servicio dental anteriormente, programaremos una cita para examinar a su hijo/a, hacerle una limpieza, tratamiento con flúor, radiografías y aplicar selladores, si es necesario. Debe rellenar la siguiente información si quiere que su hijo/a reciba servicios dentales.

Asma  Convulsión/Epilepsia  Problemas de salud mental/comportamiento  Diabetes  Trastorno hemorrágico  Sustitución de válvula cardíaca

## SECCIÓN B: DATOS FAMILIARES: Este apartado debe rellenarlo el padre/madre/tutor que tiene la custodia

Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ N.º SS \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código ZIP)

Teléfono de su domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección)

Continúan en la página siguiente...

**SECCIÓN C: CONSENTIMIENTO Y FIRMA** Firme abajo. El padre/madre/tutor debe firmar por los niños menores de edad.

TODOS LOS PACIENTES: hay que completar esta sección en su totalidad para que usted/su hijo/a puedan recibir los servicios en el Health Hut y/o en el Thundermist Health Center. Certifico que me presento/presento a mi hijo/a para los servicios que ofrece Thundermist. Doy mi autorización a Thundermist y a su personal para: (a) utilizar cualquier información contenida en mi expediente (el de mi hijo/a) para procesar las solicitudes de pago de mi compañía de seguro médico o dental; y (b) revelar cualquier información contenida en mi expediente (o en el de mi hijo/a) a los representantes de Woonsocket Education Department con el fin de programar servicios o coordinar la atención. También doy mi autorización a Woonsocket Education Department para que comparta la información relevante de mi hijo/a con Thundermist. Thundermist mantendrá la más estricta confidencialidad con respecto a toda la información sobre mí/mi hijo/a, de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables, y las políticas de Thundermist. Entiendo que los registros médicos de mí/mi hijo/a son propiedad de Thundermist y no se divulgarán sin mi consentimiento expreso por escrito, excepto en aquellas circunstancias permitidas por la ley o a Woonsocket Education Department según lo dispuesto anteriormente. He recibido una copia del Manual del paciente de Health Hut que contiene los derechos y responsabilidades del paciente. Entiendo que puedo pedir ayuda al personal si tengo alguna pregunta sobre estas políticas. Entiendo que se proporcionará una copia de la visita al proveedor de atención primaria mía/de mi hijo/a cuando se le atiende para recibir servicios médicos, y se le proporcionará al dentista mía/de mi hijo/a cuando reciba servicios dentales. Por la presente admito que he recibido una copia del Acta de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud Thundermist. Autorizo al personal de Thundermist a proporcionarme (y/o a mi hijo/a) una atención razonable y adecuada según los estándares actuales. La copia de la firma que aparece a continuación es tan válida como el original y permanece en vigor hasta que mi hijo/a deje de estar inscrito como estudiante en el sistema escolar de Woonsocket.

**X**

\_\_\_\_\_

**Firma del padre/madre/tutor/Estudiante si tiene 18 años o más**

\_\_\_\_\_

**Fecha**