

# Thundermist Health Center – Registro de Paciente del SBHC de Woonsocket

## 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? Sí  No  Si es sí, A qué?: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene su hijo algún problema de salud u hospitalizaciones? Sí  No  Si es así, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha tenido una reacción a un medicamento? Sí  No  Si es así, ¿qué ocurrió? \_\_\_\_\_

Por favor, enumere las necesidades especiales de su hijo (físicas, emocionales, culturales, religiosas o estilos/preferencias de aprendizaje)

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

(Por favor, marque cada servicio)

Servicios médicos (como se describe en el Manual de Health Hut)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Asesoramiento nutricional	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Servicios y Asesoramiento de Salud Conductual	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	En caso afirmativo, fecha de la última visita al dentista: _____
Servicios odontológicos			
Control de la natalidad (estudiantes de secundaria)	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

Si marcó "Sí" a Dental anteriormente, su hijo será programado automáticamente para recibir un examen, limpieza, tratamiento con flúor, radiografías y selladores si es necesario. Debe completar la siguiente información si desea que su hijo reciba servicios dentales.

Asma  Convulsiones/Epilepsia  Salud mental /Problemas de conducta  Diabetes  Trastorno hemorrágico  Reemplazo de válvula cardíaca

## SECCIÓN B: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA: Por favor, cumplimente la siguiente información para el padre/madre/tutor que tiene la custodia

Padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Segundo apellido)

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad/poblaci (Estado) (Zona postal)

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleador \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Dirección)

Más...

**SECCIÓN C: COBERTURA DE SEGURO:** si no tiene seguro médico/dental, por favor, escriba "ninguno".

Por favor, indique TODOS los seguros médicos y dentales del paciente, incluidos Medicaid, Medicare, Rite Care y seguros privados.

1. Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de identificación de la póliza \_\_\_\_\_

¿A nombre de quién está el seguro? \_\_\_\_\_ el paciente \_\_\_\_\_ el padre o cónyuge en la sección B anterior

\_\_\_\_ Otro: Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

2. Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de identificación de la póliza \_\_\_\_\_

¿A nombre de quién está el seguro? \_\_\_\_\_ el paciente \_\_\_\_\_ el padre o cónyuge en la sección B anterior

\_\_\_\_ Otro: Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

**SECCIÓN D: CONSENTIMIENTO Y FIRMA** Sírvase firmar a continuación. El padre/madre/tutor debe firmar por los niños menores de edad.

TODOS LOS PACIENTES: Esta Sección debe ser llenada completamente para que usted/su niño reciba servicios en el Health Hut y/o en el Thundermist Health Center. Certifico que me presento/presento a mi hijo/a para los servicios prestados por Thundermist. Doy permiso a Thundermist y a su personal para: (a) utilizar cualquier información contenida en mis registros (de mi hijo) con el fin de procesar las solicitudes de pago de mi compañía de seguros médicos o dentales; y (b) revelar cualquier información contenida en mis registros (de mi hijo) a los representantes del Departamento de Educación de Woonsocket con el fin de programar los servicios o coordinar la atención. También doy permiso al Departamento de Educación de Woonsocket para compartir la información relevante de mi hijo/a con Thundermist. Thundermist mantendrá estricta confidencialidad con respecto a toda la información sobre mí/mi hijo, de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables, y las políticas de Thundermist. Entiendo que los registros médicos de mi/mi hijo/a son propiedad de Thundermist y no serán divulgados sin mi consentimiento expreso por escrito, excepto en aquellas circunstancias permitidas por la ley o al Departamento de Educación de Woonsocket según lo dispuesto anteriormente. He recibido una copia del Manual del Paciente de Health Hut que incluye los Derechos y Responsabilidades del Paciente. Entiendo que puedo pedir ayuda al personal si tengo alguna duda sobre estas políticas. Entiendo que se proporcionará una copia de la nota de visita a mi proveedor de atención primaria o al de mi hijo cuando se le atiende para recibir servicios médicos y que se le puede proporcionar a mi dentista o al de mi hijo cuando se le atiende para recibir servicios dentales. Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Thundermist Health Center. Autorizo al personal de Thundermist a proporcionarme (a mi hijo) una atención razonable y adecuada según los estándares actuales. Una copia de la firma a continuación es tan válida como el original y se mantiene en vigor hasta que mi hijo ya no esté inscrito como estudiante en el sistema escolar de Woonsocket.

x Firma del padre/madre/tutor/estudiante si tiene 18 años o más \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Escanee para ver el  
Manual de Health Hut.

