



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

SFSD únicamente:
N.º de aula: _____
Bandera de IC Medical: _____
Bandera de IC Dental: _____

Complete y firme este formulario si desea que su hijo sea atendido en la Clínica escolar.

INFORMACIÓN PERSONAL DEL NIÑO/PACIENTE:

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Dirección postal: _____ Apt./Unidad: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo de nacimiento: Masculino Femenino Identidad de género: Masculino Femenino
MM DD AAAA
Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
Método de comunicación preferido: Voz Texto Ambos
¿Cuál es su idioma preferido?: Inglés Otro _____
¿Necesita un intérprete? Sí No
Raza: Indio estadounidense/Nativo de Alaska Nativo de Hawái u Otro isleño del Pacífico
 Asiático Otro (especifique): _____
 Negro o afroestadounidense Blanco (no hispano ni latino)
Origen étnico: Hispanos/latinos No hispanos/latinos

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Número de teléfono: (Principal) _____ (Secundario) _____ Correo electrónico: _____

SERVICIOS SOLICITADOS

Consentimiento para servicios médicos (marque con un círculo Sí o No):

SÍ/NO Autorizo a mi hijo a recibir servicios médicos ofrecidos por Falls Community Health (FCH) en la escuela.

SI LA RESPUESTA ES SÍ: Notificación de servicios médicos (ELIJA UNA y escriba las INICIALES SOLO EN ESA):

_____ Debo recibir una notificación antes de que mi hijo reciba cualquier servicio. ~~—O—~~

_____ Autorizo a la clínica a prestar servicios a mi hijo si no es posible contactarse conmigo. Entiendo que estos servicios incluirán una evaluación por parte de un proveedor de atención médica, y que cualquier recomendación o seguimiento me serán comunicados por teléfono o con el envío de un resumen de la visita.

Consentimiento para servicios dentales (marque con un círculo Sí o No):

SÍ/NO Autorizo a mi hijo a recibir servicios dentales ofrecidos por FCH en la escuela. Comprendo que mi hijo será atendido dos veces por año escolar en la clínica dental de la escuela para un examen dental y una limpieza dental.

Si la respuesta es SÍ: Notificación de servicios dentales (ELIJA UNA y escriba las INICIALES SOLO EN ESA):

_____ Debo recibir una notificación antes de que mi hijo sea atendido para su examen dental y limpieza. ~~—O—~~

_____ Autorizo a mi hijo a recibir servicios dentales durante el día escolar. Entiendo que cualquier información asociada con la visita de mi hijo se enviará a mi domicilio y que cualquier tratamiento dental de seguimiento requerirá un plan de tratamiento firmado con mi consentimiento para que pueda culminarse en la clínica de la escuela.

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO

¿Qué farmacia utiliza? _____ Enumere cualquier medicamento: _____

Enumere cualquier alergia: _____

¿Tiene su hijo alguna inquietud médica o dental? _____

- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) Ansiedad/depresión Asma
 Diabetes Epilepsia/convulsiones Succión del pulgar Ronquidos Problemas del habla
 Otro: _____

Fecha del último examen dental (MM/AA) _____ / _____

SEGURO

Número de Medicaid del paciente: _____

Nombre de otro seguro médico: _____ Número de póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación con el niño: _____
MM DD AAAA

Nombre de otro seguro dental: _____ Número de póliza: _____

Nombre del suscriptor: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Relación con el niño: _____
MM DD AAAA**INGRESOS DEL HOGAR:** Falls Community Health recibe una subvención federal que nos permite proporcionar tarifas con descuento a los pacientes que califican en función de los ingresos y el tamaño de su hogar. Estamos obligados a recopilar información sobre los ingresos de los pacientes a los que atendemos. Respetamos que esta información sea personal y confidencial.*Si sus ingresos son inferiores a los ingresos identificados en la siguiente tabla para el tamaño de su hogar, consulte sobre nuestro programa de tarifas ajustables.*

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Cuáles son los ingresos anuales totales de su HOGAR? \$ _____

N.º de integrantes del hogar	Ingreso anual inferior o igual a
1	\$31,300
2	\$42,300
3	\$53,300
4	\$64,300
5	\$75,300
6	\$86,300

¿Cuál es su situación actual de vivienda? Tengo una casa (propia o alquiler/arrendamiento de apartamento o casa) No tengo hogar, me hospedo en: Refugio Calle Vivienda compartida Hogar de transición Otro: _____**IMPORTANTE: Permiso para proporcionar tratamiento médico y dental**

No podemos tratar a su hijo si este formulario no está firmado.

Al firmar a continuación, como padre/madre/tutor, de _____ otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba evaluaciones de enfermería, exámenes, radiografías, tratamientos, pruebas de diagnóstico, vacunas, supervisión de la salud y medicamentos que cualquier proveedor de Falls Community Health (FCH) considere necesarios o beneficiosos para la salud de mi hijo. Reconozco que FCH puede usar el intercambio de información médica para transmitir, recibir o acceder electrónicamente al historial de medicamentos recetados de mi hijo.

Comprendo que este consentimiento será válido hasta que mi hijo deje el Distrito escolar de Sioux Falls o hasta que revoque el consentimiento por escrito y entregue la revocación a FCH o a la clínica escolar donde mi hijo recibe atención. Autorizo a FCH a divulgar la información confidencial de mi hijo solo para tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. FCH puede compartir información clínica con Sioux Falls School District para coordinar la atención.

Reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía y soy consciente de que tengo derecho a hacer preguntas a mi proveedor o al personal de enfermería sobre el tratamiento o examen de mi hijo. Se me ha alentado a hacer preguntas y a obtener respuestas sobre los riesgos, beneficios y alternativas de los servicios comunicándome con FCH al 605-367-8793; FCH recomienda que me comunique con ellos cada vez que tenga preguntas sobre los servicios que se prestan.

Otorgo mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de atención médica a través de telesalud cuando no haya un proveedor médico en persona disponible. Comprendo que los datos de los antecedentes médicos, los exámenes, las radiografías y las pruebas de mi hijo se analizarán con tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones. Es posible que se realice un examen físico de mi hijo y que haya personal no médico presente en la visita de telesalud para ayudar en la transmisión de video. Durante la visita de consulta de telesalud, se pueden grabar videos, audios y capturar fotografías digitales.

Autorizo a Falls Community Health a realizar grabaciones de audio de mis visitas con proveedores de atención médica en el consultorio. Tales grabaciones se utilizarán por el consultorio para fines de tratamiento y operaciones utilizando tecnología de IA. Las grabaciones pueden compartirse con socios comerciales para la resolución de problemas y la mejora de productos. Las grabaciones se conservarán durante un período limitado para fines de validación antes de que se destruyan.

Declaración de responsabilidad financiera y asignación de beneficios del pagador

Acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos relacionados con los servicios prestados por Falls Community Health (FCH). Acepto que FCH facturará y proporcionará la información médica necesaria a cualquier Pagador. Los "pagadores" son cualquier seguro de atención médica, plan de salud privado o gubernamental, o póliza de seguro que tenga u otro tercero que pagará los cargos en los que he incurrido. Mi firma en este formulario es mi firma autorizada para la presentación de una reclamación y la solicitud de pago directo o beneficios por parte de cualquier Pagador a FCH. Acepto que, a menos que FCH haya acordado con el Pagador aceptar el pago del Pagador como pago total, soy responsable de pagar cualquier cargo que no pague el Pagador. Estos cargos pueden incluir, entre otros, copagos, deducibles, montos de coseguro y cargos por servicios no cubiertos.

Aviso de prácticas de privacidad e intercambio de información del distrito escolarSe me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina. Hay una copia publicada del Aviso actual en nuestras instalaciones y en nuestro sitio web www.siouxfalls.gov/fch. La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA) es una ley federal que protege la privacidad de la información personal de los estudiantes en poder de las agencias o instituciones educativas. Otorgo permiso a Sioux Falls School District para compartir información de identificación personal de los estudiantes con Falls Community Health. Esta información solo se utilizará para coordinar la atención con FCH. La información compartida se limitará a datos demográficos, estado del seguro y antecedentes médicos.**Queja formal del paciente.** Los formularios de consulta/preocupación del paciente están disponibles en las salas de espera o a solicitud.**Reconocimiento y autorización**

He leído la información anterior, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas satisfactorias. Si no soy el paciente identificado en el formulario, declaro que estoy autorizado por ley a aceptar estas condiciones en nombre del paciente y soy el representante autorizado del paciente.

Firma del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de imprenta/Relación con el paciente

Fecha

Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

Número de Seguro Social: _____

SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO:

Ingresado en eCW

Ruta al dentista para la cita