

Formulario de consentimiento para servicios de salud

Nombre del distrito

Nombre del escuela

Complete el formulario de consentimiento a continuación para asegurarse de que el paciente tenga acceso a los servicios de salud ampliados en la escuela.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento del paciente
(MM/DD/AAAA)

Número de teléfono de contacto

Sexo al nacer: Masculino Femenino

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL Y CONTACTO

Relación del paciente:

Mi persona Padre Madre Abuelo Tutor legal Padrastro Madrastra

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico

Estado civil:

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Otro

Si el paciente es menor de 17 años, confirme que este contacto:

Puede acceder a la información médica Puede acceder a la información de facturación



INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

Relación del paciente:

Padre Madre Abuelo Tutor legal Padrastro Madrastra

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico

Si el paciente es menor de 17 años, confirme que este contacto:

Puede acceder a la información médica Puede acceder a la información de facturación

INFORMACIÓN DE SEGURO REQUERIDA

Goodside Health factura a las compañías de seguros para cubrir los costos de brindar servicios de atención médica a los pacientes en las escuelas.

¿Tiene el paciente seguro médico? Sí No

En caso afirmativo:

Proveedor de seguros/Nombre del plan

Número de identificación de miembro

Número de grupo (si corresponde)

Nombre del titular de la póliza.

Apellido del titular de la póliza.

Relación del titular de la póliza con el paciente

Fecha de nacimiento del titular de la póliza
(MM/DD/AAAA)

INFORMACIÓN MÉDICA

¿El paciente tiene alguna alergia?

Alergias a medicamentos: Sí No

Alergias a los alimentos: Sí No

Alergias estacionales/ambientales: Sí No

Si la respuesta es "Sí" para cualquier alergia, enumérelas: _____

¿Está el paciente tomando algún medicamento actualmente? Sí No

Enumere: _____

Si lo recomienda un proveedor médico autorizado, los siguientes medicamentos (apropiados para la edad/peso) pueden ser administrados al paciente en la escuela:

Aprobar todo Rechazar todo Dejarme elegir

Tylenol/Acetaminofén (*dolor/fiebre*)

Advil/Motrin (*dolor/fiebre*)

Crema de hidrocortisona (*inflamación/picazón*)

Ungüento antibiótico/bacitracina (*cortes/infecciones*)

Benadryl/difenhidramina (*reacción alérgica*)

Pastillas para la garganta/benzocaína/mentol (*tos, dolor de garganta*)

Zofran/Ondansetron (*náuseas, vómitos*)

Claritin/Loratadina (*alergias, reacción alérgica*)

Jarabe para la tos/Dextrometorfano/Guaifenesina (*tos*)

Tums/carbonato de calcio (*malestar estomacal*)

¿Alguna vez el paciente ha tenido alguna de las siguientes afecciones o problemas de salud?

Seleccione lo siguiente:

Reflujo gástrico (*acidez estomacal*)

TDA/TDAH (*trastorno por déficit de atención con hiperactividad*)

Ansiedad

Asma

Defecto cardíaco congénito

Constipación

Depresión

Retraso en el desarrollo

Diabetes

Eczema

Trastorno genético

Presión arterial alta

Enfermedad renal

Migrañas

Trastorno convulsivo

Anemia de células falciformes

Cirugía: Tipo de cirugía (*en caso afirmativo*): _____

Otro: _____



MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA

Goodside Health utiliza esta información para coordinar con el médico del paciente e informarle sobre cualquier visita a Goodside Health. Proporcionar los números de teléfono y fax permitirá que Goodside Health envíe un resumen de la visita al médico del paciente.

¿Tiene el paciente un médico de atención primaria? Sí No

Nombre del médico

Apellido del médico

Número de teléfono del médico

Número de fax del médico

¿Acepta compartir este historial médico con su médico de atención primaria? Sí No

¿Cuál es la farmacia preferida del paciente?

Nombre de la farmacia

Código postal

PROVEEDOR DE SALUD MENTAL

Goodside Health utiliza la siguiente información para coordinar con el proveedor de salud mental del paciente e informarle sobre cualquier visita de salud mental a Goodside Health. Proporcionar los números de teléfono y fax permitirá que Goodside Health envíe un resumen de la visita al proveedor de salud mental del paciente.

¿Tiene el paciente un proveedor de salud mental? Sí No

Nombre del proveedor de salud mental

Apellido del proveedor de salud mental

Número de teléfono del proveedor de salud mental

Número de fax del proveedor de salud mental

AUTORIZACIÓN

- He leído la Política de autorización y privacidad de servicios de Goodside Health SchoolMed y doy permiso para que el paciente reciba servicios de atención médica de proveedores de Goodside Health.

(Las Prácticas de autorización y privacidad de los servicios de Goodside Health SchoolMed se pueden encontrar en <https://goodsidehealth.com/terms-conditions/>)

- Doy mi consentimiento para que el paciente reciba una consulta anual de bienestar infantil* de Goodside Health durante un evento de cuidado del bienestar en la escuela del paciente.

*Una Visita de cuidado de niño sano, también conocida como Chequeo de niño sano o Chequeo de salud infantil, es un servicio de atención médica preventiva recomendado que toma en cuenta las necesidades físicas y emocionales del paciente. Goodside Health brindará Visitas de bienestar infantil en ciertas escuelas participantes. Con este consentimiento, el paciente recibirá una Visita de bienestar infantil si este servicio se proporciona en la escuela del paciente.

- Doy mi consentimiento para que el paciente reciba una evaluación mental/conductual apropiada para su edad por parte de un proveedor de atención médica de Goodside Health.

Nombre del paciente

Firma del paciente o padre/madre/tutor legal

Fecha