



Programa Comunitario de Salud

La escuela de su hijo/a ha sido seleccionada para participar en el programa "Cuidado de Salud en la Escuela" administrado por la clínica local Health Partnership Clinic (HPC). Los proveedores de la clínica HPC estarán ofreciendo servicios médicos, consultas de conducta y/o servicios dentales dentro de la escuela. El proveedor de salud de HPC le dará un reporte sobre el tratamiento dado y el cuidado que necesitara.

Ubicación de la escuela: _____

Nombre del niño/a:	SS#:	Fecha de nacimiento del niño/a:	Sexo:	Raza:	Idioma:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:		
Nombre y Número de la Compañía Seguro Médico:					

Nombre del Tutor:	SS#:	Fecha de nacimiento del tutor:	Sexo:
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Nombre del seguro y número de identificación del miembro:		Correo electrónico:	

Por favor tome nota que el gobierno federal es quien solicita esta información, y será utilizada únicamente con propósito de estadísticas del gobierno. Ni su nombre o alguna otra información que le identifique se darán a conocer, y no utilizaremos esta información para ningún otro propósito. **Por favor seleccione el número de miembros en su hogar y el rango de ingreso anual.**

Tamaño de Hogar A B C D E

1	\$0-\$12,140	\$12,141-\$16,146	\$16,147-\$20,152	\$20,153-\$24,279	\$24,280 or greater
2	\$0 - \$16,460	\$16,461-\$21,892	\$21,893-\$27,324	\$27,325-\$32,919	\$32,920 or greater
3	\$0 - \$20,780	\$20,781-\$27,637	\$27,638-\$34,495	\$34,496-\$41,559	\$41,560 or greater
4	\$0 - \$25,100	\$25,101-\$33,383	\$33,384-\$41,666	\$41,667-\$50,199	\$50,200 or greater
5	\$0 - \$29,420	\$29,421-\$39,129	\$39,130-\$48,837	\$48,838-\$58,839	\$58,840 or greater
6	\$0 - \$33,740	\$33,741-\$44,874	\$44,875-\$56,008	\$56,009-\$67,479	\$67,480 or greater
7	\$0 - \$38,060	\$38,061-\$50,620	\$50,621-\$63,180	\$63,181-\$76,119	\$76,120 or greater
8	\$0 - \$42,380	\$42,381-\$56,365	\$56,366-\$70,351	\$7,352-\$84,759	\$84,760 or greater

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____ Número de Teléfono _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ RELACION CON EL PACIENTE: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN: Como padre, madre o tutor legal del paciente, autorizo la entrega de información médica y/o financiera de mi niño/a a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

***AUTORIZACIÓN:** Como padre, madre o tutor legal del paciente, autorizo a Health Partnership Clinic (HPC) proveer servicios (por favor marque los que correspondan) médicos___ de conducta___ y/o dental___ a mi niño/a. Servicios dentales incluyen: examen dental comprensivo y radiografías, selladores de las muelas, remover dientes de leche, limpieza, relleno de caries, aplicar fluoruro (máximo de 3 veces al año), endodoncia, educación para la salud oral, y acceso a la historia de la medicación externa. La tecnología de video conferencia dental podría usarse para afectar una consulta. Esto no será lo mismo que una visita directa del paciente / proveedor de atención médica debido al hecho de que el dentista no estará en la misma habitación que el proveedor de atención médica. Esta autorización es válida por un año desde la fecha de mi firma a no ser que yo le notifique lo contrario.*

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Programa Comunitario de Salud – Formulario de Historial de Salud

HPC tratara toda información proveída como información de salud protegida bajo la ley federal de privacidad médica y lo compartirá solamente con empleados de la clínica HPC y con la organización/escuela responsable por el cuidado médico y/o la revisión de su tratamiento.

=====

HISTORIAL DE SALUD MÉDICA

Historial Médico (marque los que correspondan):

Diabetes___ Asma___ Autismo___ Convulsiones___ Hepatitis___ Articulaciones artificiales/Pasadores/Tornillos___
Enfermedad del Corazón___ Chillidos del Corazón___ Válvula cardiaca artificial___ Trastorno Congénito del Corazón___ Otro (por favor explique)_____

Alergias (marque los que correspondan)

Látex___ Amoxicilina/Penicilina___ Otro _____

Listar los medicamentos que su niño/a está tomando: _____

Listar las cirugías, hospitalizaciones o cualquier otra condición médica: _____

Listar cualquier cuidado médico especial o cualquier información que le parezca de ayuda para que HPC cubra las necesidades de su niño/a:

Cuando fue la última vez que su niño/a visito a un médico/a?

El año pasado___ Hace más de un año___ Nunca___

Otro (favor explicar): _____

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Visita o internación pasada/presente donde recibió servicios de salud mental (por favor liste el nombre del hospital, organización y/o terapeuta/consejero) _____

Medicamentos que su niño/a está tomando para su salud mental: _____

HISTORIAL DE SALUD DENTAL

Cuando fue la última vez que su niño/a visito al dentista?

El año pasado___ Hace más de un año___ Nunca___

Otro (favor explicar): _____

Su niño/a debe ser pre-medicado (con antibióticos) antes del tratamiento dental? Sí ___ No ___

Si su respuesta es sí, cual es la razón? _____