



School ID # \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Informacion del Estudiante/Paciente [ ] Estudiante de \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ [ ] Hombre [ ] Mujer

Raza [ ] Asiatico/Islas Pacificas [ ] Afroamericano [ ] Caucásico [ ] Nativo Americano
[ ] Raza Mixta [ ] Otro \_\_\_\_\_ [ ] Declina

Etnicidad [ ] Hispano/Latino [ ] No Hispanos [ ] Otro \_\_\_\_\_ [ ] Declina

Direccion \_\_\_\_\_
Calle Ciudad Estado Codigo Postal

Padre / Guardian \_\_\_\_\_ # Telefonico/Casa ( ) \_\_\_\_\_

(Nombre)

# Telefonico/Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ Patron (trabajo) \_\_\_\_\_

Idioma Preferido [ ] Ingles [ ] Español [ ] Otro \_\_\_\_\_

Estado Civil [ ] Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Relacion al estudiante)

# Telefonico Casa ( ) \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Doctor o Clinica \_\_\_\_\_ # Telefonico ( ) \_\_\_\_\_

Aseguranza Medica: [ ] Medicaid/Blue Cross Community [ ] Medicaid/Harmony [ ] Medicaid/Meridian
[ ] Medicaid/Illinois Health Connect

[ ] Asguranza Privada: (circulo uno) HMO or PPO Fecha de Nacimiento (Padre/Guardian) \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado (Padre/Guardian) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social/Identificacion del asegurado \_\_\_\_\_

Patron del Asegurado \_\_\_\_\_

Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Numero del grupo \_\_\_\_\_

Direccion y numero telefonico de la compañía de aseguranzas o HMO \_\_\_\_\_

[ ] Ninguna Aseguranza Medica / Ingreso semanal familiar \$ \_\_\_\_\_

Numero de personas en la familia (numero de personas que dependen del ingreso) \_\_\_\_\_

Consentimiernto: Yo otorgo mi consentimiento para los servicios ofrecidos en el centro de salud Tomcat y/o VNA Clinica de Salud Ambulante. Yo he sido informado/a y comprendo la lista de servicios que seran proveidos. Comprendo tambien que la confidencialidad entre el estudiante/paciente y los profesionales del centro de salud sera asegurada en areas especificas designadas por la ley y no seran discutidas con el padre/guardian al menos que el estudiante este de acuerdo. Tambien entiendo que uno de los padres, el tutor legal, o el estudiante que está permitido bajo la ley de Illinois a autorizar por parte de él/ella tiene el derecho a rechazar cualquier servicio del cuidado de la salud. Yo autorizo el intercambio de informacion entre el VNA Cuidado de Salud y el Distrito 131, conserniendo estrictamente a los archivos de fisicos de Escuela, Deportes y vacunas solamente. Yo autorizo que el VNA Cuidado de Salud libere infomacioin a terceras personas quienes se encanrgan de cobrar a las aseguranzas, supervisores del programa, para evaluaciones en acuerdo con la ley estatal y federal y las regulaciones tocante a la confidencialidad.

(Padre o guardian para estudiantes menores de 18) Fecha

(Estudiantes mayores de 12 o paciente) Fecha