



### Centro de Salud Basado en la Escuela (SBHC) - FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Apellido:		Nombre:	
Nombre preferido:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Sexo al nacer: M / F	Correo electrónico del paciente:	
Contacto preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil		¿Cómo le gustaría recibir su resumen después de la visita? <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> Papel	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	¿Se puede dejar mensaje de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se puede dejar mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Quién es su proveedor de atención primaria (PCP) actual / anterior?

Información del garante (a quien se envían las facturas)	Información de contacto en caso de emergencia	
Nombre:	Nombre:	
Relación:	Relación:	
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Teléfono de casa:
Dirección:	Teléfono móvil:	

#### Información de la escuela y del estudiante

Nombre de Escuela:	Identificación del Estudiante:
--------------------	--------------------------------

*\* Se requiere que UNIFORM DATA SYSTEMS-PCHS recopile la siguiente información de nuestros pacientes que utilizan nuestros servicios. La siguiente información cuando se reporta no incluye ninguna información de identificación personal que sea confidencial.*

¿Idioma?	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------	--

Etnicidad (marcar) <input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano / latino <input type="checkbox"/> No reportado / rechazó
---

Raza (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro Isoleño del Pacífico <input type="checkbox"/> No reportado / rechazó
--

Marque el rango del ingreso anual de su hogar: <input type="checkbox"/> \$0-\$25,100 <input type="checkbox"/> \$25,101-\$37,650 <input type="checkbox"/> \$37,651-\$50,200 <input type="checkbox"/> \$50,201 y superior	Cuántas personas hay en su hogar:
---	-----------------------------------

<p><i>Las siguientes preguntas se aplican a los mayores de 18 años *</i></p> <p><b>Preferencia sexual: (marcar)</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p> <p><b>Usted se considera a sí mismo como: (marcar)</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Mujer a hombre (FTM)/Hombre transgénero/Hombre trans <input type="checkbox"/> Hombre a mujer (MTF)/Mujer transgénero /Mujer trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Se niega a contestar</p>	<p><b>Información de vivienda</b></p> <p><input type="checkbox"/> Posee/alquila su casa sin ayuda (NO INDIGENTE) <input type="checkbox"/> Se queda con amigos / familiares (COMPORTE) <input type="checkbox"/> Está preocupado sobre su vivienda y desea ayuda (OTROS) <input type="checkbox"/> Vive en la calle, al aire libre, en un automóvil/remolque (CALLE) <input type="checkbox"/> Se queda en un centro de tratamiento (TRANSICIONAL) <input type="checkbox"/> Vive en vivienda pública donde todos los inquilinos obtienen descuento con el alquiler (VIVIENDA PÚBLICA) <input type="checkbox"/> Ha estado sin hogar en el último año y tiene una vivienda ahora (TRANSICIONAL) <input type="checkbox"/> Se queda en un albergue a corto plazo como una misión, YMCA, etc. (ALBERGUE) <input type="checkbox"/> Vive en un lugar que no es un hogar, sin agua potable ni calefacción (OTROS)</p>
---	---

Seguro primario <input type="checkbox"/> No tengo seguro por favor contácteme para opciones
---

Nombre del plan:	Nombre:	Segundo nombre:	
Apellido: (información del asegurado)	Nombre:	Segundo nombre:	
ID#	Grupo#		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: M / F	Relación con el paciente:	

#### Autorización de seguro

Acepto la responsabilidad financiera de todos mis servicios profesionales y/o suministros. El pago por los servicios se debe realizar en el momento en que se prestó, a menos que se hayan hecho arreglos. Autoricé a mi seguro a pagar directamente a PCHS. Soy financieramente responsable de cualquier saldo adeudado. Autorizo a PCHS o la compañía de seguros a divulgar cualquier información para reclamos, a menos que yo lo haya limitado por escrito.

Firma del paciente/tutor: _____	Nombre en letra de molde: _____	Fecha: _____
---------------------------------	---------------------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Reconozco que he recibido una copia de mis derechos y responsabilidades. Iniciales: _____
--



## **Consentimiento para tratar a un niño menor de edad**

### **Hoja informativa**

Los proveedores y el personal de Peninsula Community Health Services (PCHS) prestan gran atención a la salud y el bienestar de todos y cada uno de los pacientes en nuestras clínicas. Apreciamos que nos haya permitido proporcionar servicios de atención de salud a su hijo menor de edad.

PCHS requiere el consentimiento de un padre, madre, tutor legal o hermano adulto para proporcionar servicios médicos y / o dentales a un menor de edad (persona menor de 18 años). Nos damos cuenta de que puede haber ocasiones en las que usted no pueda acompañar a su hijo a una cita. Por lo tanto, hemos desarrollado el formulario de **Consentimiento para tratar a un niño menor de edad**.

Este formulario le permite designar a un pariente o pareja doméstica registrada en el estado, mayor de 18 años, para que acompañe a su hijo a la cita y dé su consentimiento informado para servicios médicos y / o dentales. La persona autorizada debe proporcionar una identificación con foto cuando acompañe al niño a su cita. Cada niño en la familia debe tener un formulario separado colocado en su expediente médico / dental.

El formulario de declaración firmado permitirá que un adulto que no sea un pariente acompañe a su hijo a la cita y dé su consentimiento informado para servicios médicos o dentales. La declaración solo es válida por 6 meses.

Si usted es un guardian o tiene parentesco, está obligado a completar un formulario de declaración que está autorizado bajo RCW 7.70.065. Esta declaración solo es válida durante 6 meses.

Para la SBHC (clínica de salud basada en la escuela), el consentimiento firmado permitirá que su hijo sea visto por sí mismo en nuestra clínica escolar en su distrito escolar actual.

Es responsabilidad del padre, madre, tutor legal o hermano adulto informar a la clínica de cualquier cambio en el historial médico / dental del niño. A menos que usted o la persona autorizada observen algún cambio al momento de la visita, el proveedor puede asumir que no ha habido cambios en el historial médico / dental del niño.

Si por alguna razón desea cancelar un formulario previo de Consentimiento para tratar a un niño menor de edad, comuníquese con la clínica para obtener más información. Si desea autorizar a otra persona para que dé el consentimiento en nombre de su hijo, usted debe completar un formulario nuevo antes de la próxima cita del niño.

Se requiere consentimiento informado o explícito adicional para inmunizaciones, procedimientos dentales, procedimientos médicos y divulgaciones de salud mental.

Esperamos que esto le ayude para que su hijo menor de edad obtenga cualquier servicio médico y / o dental necesario cuando usted no pueda acompañarlo a una cita.

Si tiene alguna pregunta adicional, póngase en contacto con la clínica.



**Peninsula Community  
Health Services**

## **Formulario de autorización de consentimiento para el tratamiento de menores en el centro de salud en la escuela**

**El SBHC (Centro de salud en la escuela) de PCHS** está ubicado en el campus de la escuela de su hijo. Se requiere que PCHS obtenga el consentimiento firmado de un padre o tutor legal antes de brindar servicios al estudiante, excepto en situaciones donde las leyes federales y/o estatales permiten que el estudiante acceda a dicho tratamiento sin el consentimiento del padre/tutor, (*consulte las leyes de salud para menores del estado de Washington*)

\_\_\_\_\_ Autorizo a mi hijo, que es estudiante en el SBHC, a recibir servicios de atención médica disponibles en el SBHC de PCHS, y que el personal del centro considere necesarios. El personal de PCHS recomienda la participación de la familia en la atención que brindan a mi hijo, pero si yo no puedo estar presente, se otorga autorización para que mi hijo reciba servicios en mi ausencia.

### **Vacunas**

Permito que mi hijo reciba todas las actualizaciones de las vacunas recomendadas por el estado de Washington, que incluyen la vacuna DTaP, la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra la hepatitis B, la vacuna contra el VPH, la vacuna contra la gripe, la vacuna meningocócica, la vacuna SPR, la vacuna Tdap y la vacuna contra la varicela. **Antes de la vacunación**, envíeme la hoja de información de vacunas (VIS) para su revisión.

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ Mi consentimiento permanecerá vigente para el mismo distrito escolar de mi hijo hasta que se otorgue una decisión por escrito para revocar el consentimiento.

\_\_\_\_\_ Autorizo a la escuela de mi hijo a divulgar información demográfica básica de FERPA, como el nombre, la dirección y el número de teléfono al personal del SBHC de PCHS para permitir la coordinación de la atención.

\_\_\_\_\_ Comprendo que al acceder al SBHC no se garantizará la privacidad de aquello de lo que se hable en la sala de espera.

Se requiere una autorización para la divulgación de los registros firmada por el padre/tutor legal si se deben proporcionar los registros a la escuela de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, tutor legal o hermano adulto

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha