

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_

### Información Del Paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
(Escribe el nombre del niño en letra de molde)

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  M  F Escuela:  BES  BMS  BHS  Otro: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(Donde atiende el alumno (a))

Por favor marque la categoría **racial** que Usted siente que representa el origen de su hijo(a):

- Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Otro o Indeterminado  
 Nativo de Hawai o las Islas del Pacifico  Blanco  Rehúso contestar  Mezcla de raza (indique cuales razas) \_\_\_\_\_

**Si su hijo(a) es de origen hispano/latino**, por favor marque la categoría **étnica** que Usted siente que representa el origen de su hijo(a):

- Mexicano(a)  Mexicano(a) estadounidense  Chicano(a)  Puertorriqueño(a)  Cubano(a)  Otro \_\_\_\_\_

Por favor marque el idioma que se habla en casa de su hijo(a):

- Amárico  Inglés  Hindi  Coreano  Polaco  Otro: \_\_\_\_\_  
 Árabe  Francés  Italiano  Lengua de Signos  Ruso  
 Chino  Alemán  Japonés  Español  Vietnamita

Si es Bilingüe, por favor indique los idiomas hablados: \_\_\_\_\_

### Información Familiar

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Con quien vive el niño)

Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Con quien vive el niño)

Dirección: \_\_\_\_\_ #de Apartamento: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo de la Madre (Ciudad): \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo del Padre (Ciudad): \_\_\_\_\_

Indique la mejor manera de comunicarnos con Usted:  Teléfono (llamada \_\_\_ texto \_\_\_)  Correo  Email: \_\_\_\_\_

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Aparte de familiares que viven en casa)

### Información de Seguro Medico

Seguro médico:  Medicaid  CHP+  Private  Ningún seguro médico

Nombre de Aseguradora: \_\_\_\_\_ # de Identificación: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_

Por que escogió ser visto es esta clínica?  Conveniencia  Costo  Otro \_\_\_\_\_

**Como se entero del Centro de Salud Escolar?** Por favor marque uno:

- Maestro o Escuela  Pamfleto  Boletin Escolar  Paquete de registro escolar   
 Noche de regreso a la escuela  Poster  Pagina de Internet de la escuela  Otro: \_\_\_\_\_

**FIRME  
AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

**CERTIFICACIÓN DE INGRESOS**  
(Cuéntenos acerca de sus ingresos)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Escribe el nombre del niño en letra de molde)

Usted DEBE contestar las siguientes preguntas SI SU HIJO/A NO TIENE SEGURO MEDICO o Medicaid (o si la solicitud de seguro o de Medicaid/CHP+ de su hijo/a esta pendiente). Si su hijo tiene seguro medico que cubre los costos de su visita de hoy, no es necesario que responda a estas preguntas.

1. Cuantas personas viven en su casa? Marque uno:

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

2. Cual es el ingreso total de su familia (antes de impuestos)? \$ \_\_\_\_\_ /año

Confirmo que mi hijo/a no tiene seguro medico que cubra los servicios que el/ella esta recibiendo hoy. También confirmo que, a lo mejor de mi conocimiento, la información financiera de mi familia es completa y correcta.



**FIRME  
AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma de Madre/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de Servicio (Hoy)

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

### Por Favor Lea Esta información Con Atención

- Tengo entendido que los servicios médicos y preventivos dentales son proporcionados por Roaring Fork School Health Centers – RFSHC (Centros de Salud Escolar del Roaring Fork).
- Tengo entendido que los servicios de salud mental son proporcionados por proveedores independientes contratados por RFSHC para proveer dichos servicios en las instalaciones físicas del RFSHC.
- Tengo entendido que RFSHC pondrá a disposición de mi hijo los siguientes servicios:
  - Tratamientos de enfermedades y heridas menores
  - Exámenes físicos para deportes
  - Vacunas
  - Control de condiciones médicas crónicas en conjunto con el doctor del paciente
  - Pruebas de laboratorio de rutina
  - Cuidado de Salud Mental
  - Exámenes físicos infantiles
  - Servicios Dentales preventivos
  - Educación nutricional
  - Coordinación con agencias comunitarias para otras asistencias necesarias.
- Doy autorización para que los servicios mencionados arriba se presten a mi hijo(a) tal como sea necesario. Tengo entendido que el personal médico de la escuela o el personal de RFSHC tratare de notificarme antes de que mi hijo(a) tenga contacto con el profesional medico, dental, de salud mental o nutricional, y de los resultados de la misma, a excepción de situaciones en las cuales la ley Federal y/o Estatal permita al estudiante tener acceso a tales tratamientos sin la autorización de los padres o tutores. Doy mi permiso para que mi hijo reciba atención en RFSHC sin importar si yo acompaño o no a mi hijo(a) a la clínica. Tengo entendido que el personal del RFSHC me informará si mi hijo(a) representa un peligro para si mismo(a) o para los demás.
- Tengo entendido que RFSHC **NO** ofrece los siguientes servicios:
  - Hospitalización
  - Tratamiento de condiciones medicas o psiquiatricas complejas
  - Rayos X médicos
  - Servicios dentales
  - Servicios farmacéuticos
  - Atención medica de emergencia (excepto las requeridas por la ley)
  - Suturas
- Autorizo al personal del RFSHC para que compartan parte o la totalidad del expediente médico de mi hijo(a) con personas o entidades que concernen a su atención médica, incluyendo su médico de cabecera, el proveedor de salud mental, la enfermera de la escuela, ayudante médico de la escuela y/o personal del Distrito Escolar del Roaring Fork RE-1 que este involucrado con el monitoreo del bienestar de mi hijo(a) y tenga una razón justificable para acceder a esta información.
- Además, tengo entendido que toda la información en el expediente médico de mi hijo(a) es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o agencia, no autorizada, sin consentimiento por escrito. Esta practica cumple con la ley de Colorado.
- Autorizo al personal del RFSHC a referir mi hijo(a) a otros médicos y si es necesario, llamar a los servicios de emergencia (911), transporte de emergencia a otros médicos, profesionales de salud, hospitales o clínicas como sea necesario según la opinión profesional del RFSHC. Los gastos relacionados con servicios de ambulancia y otra emergencia serán mi responsabilidad. Nada en esta autorización modifica o limita la responsabilidad o autoridad del Distrito Escolar del Roaring Fork RE-1 para tratar con situaciones de emergencias medicas en forma apropiada.
- Doy mi consentimiento al personal del RFSHC para revisar los expedientes escolares de mi hijo(a), datos de asistencia escolar y otros expedientes que puedan facilitar a los proveedores de salud del RFSHC ayudar a mi hijo(a).
- Doy mi consentimiento para que se comparta cualquier información en cuanto al tratamiento con compañías de seguros y cobro para el propósito de enviar facturas.
- Trataré de estar disponible para comunicaciones con respecto a las necesidades médicas de mi hijo(a). Comprendo que hay ciertos peligros y riesgos relacionados con toda forma de tratamiento y se da el consentimiento en consideración de este conocimiento. Tengo entendido que es mi deber informar al personal del RFSHC de cualquier cambio en la custodia de mi hijo(a).
- Esta autorización para servicios tiene vigencia por el tiempo que mi hijo(a) este matriculado en el Distrito Escolar del Roaring Fork RE-1. Podré retirar mi autorización en cualquier momento por escrito al RFSHC.
- Finalmente, certifico que, al firmar este formulario, estoy autorizado legalmente para proveer este consentimiento.

**FIRME  
AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

## FORMULARIO DE HISTORIAL MEDICO

Apellido del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del alumno(a))

### Información Medica

Esta su hijo(a) tomando medicamentos actualmente? Si \_\_\_ No \_\_\_

Si la respuesta es "SI", por favor llene esta tabla:

Tipo de Medicamento:	Razón para tomar el medicamento:

Cirugía (edad, tipo): \_\_\_\_\_

Fracturas (edad, tipo): \_\_\_\_\_

Concusión (edad, razón): \_\_\_\_\_

Alergias: Si \_\_\_ No \_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, Cuales? \_\_\_\_\_

Enfermedades o condiciones previas/actuales:

	Alumno (a):			Miembros de la familia cercanos:			
	SI	NO	SI, explique:		SI	NO	SI, explique:
Obesidad				Obesidad			
Diabetes				Diabetes			
Asma				Asma			
Problemas Cardiacos				Problemas Cardiacos			
Hipertensión				Hipertensión			
Derrame Cerebral				Derrame Cerebral			
Epilepsia				Epilepsia			
Cáncer				Cáncer			
Otro:				Otro:			

Tiene alguna preocupación de salud afectiva o mental en su hijo(a): Si \_\_\_ No \_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Cualquier otra preocupación: Si \_\_\_ No \_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Esta interesado que le ayudemos con el manejo de alguna enfermedad crónica de su hijo(a): Si \_\_\_ No \_\_\_

Explique: \_\_\_\_\_

Proveedor médico de su hijo(a): \_\_\_\_\_

**Cuándo fue la última visita que su hijo(a) tuvo con el médico?**

Dentro de los últimos 6 meses \_\_\_ Dentro de los últimos 12 meses \_\_\_ Dentro de los últimos 3 años \_\_\_ Nunca \_\_\_

**Cuándo fue la última visita de su hijo(a) tuvo con el dentista?**

Dentro de los últimos 6 meses \_\_\_ Dentro de los últimos 12 meses \_\_\_ Dentro de los últimos 3 años \_\_\_ Nunca \_\_\_

Alguien fuma en la casa? Si \_\_\_ No \_\_\_

**FIRME  
AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

## Notificación de HIPPA y Normas de Privacidad

Apellido del Alumno(a): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Escriba el nombre del alumno(a))

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PUEDE UTILIZAR Y DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN MÉDICA DE SU HIJO(A), ASÍ COMO LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR REVISE ESTA NOTIFICACIÓN CON CUIDADO.

ROARING FORK SCHOOL HEALTH CENTERS (RFSHC) brinda servicios de salud a sus pacientes en asociación con médicos, profesionales de salud mental y otras organizaciones. Las normas de privacidad que se presentan a continuación serán seguidas por RFSHC. Nosotros compartiremos información sobre nuestros pacientes si es necesario para el tratamiento, pago o cualquier otro asunto relacionado con el CUIDADO DE LA SALUD DEL PACIENTE.

Esta notificación de las practicas de privacidad entre Usted y RFSHC servirá como autorización para acceder y compartir la información médica de su hijo(a) ("paciente") en los términos que se describen en este documento.

### I. Entendiendo la información de salud del paciente.

Cada vez que el paciente visita RFSHC se hace un registro de su visita. Este registro generalmente incluye su nombre y cualquier otra información de identificación, como sus síntomas, exámenes, resultados, diagnostico, tratamiento, recomendaciones de seguimiento e información financiera. A este registro algunas veces se le llama "expediente médico" o "registro médico". Este registro permite:

- Que los proveedores de salud médica o mental puedan planear su tratamiento.
- Que RFSHC pueda obtener el pago por los servicios que le brindamos.
- Que RFSHC pueda evaluar la calidad del servicio que brindamos.

Nosotros estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de la información de salud del paciente. No utilizaremos o daremos a nadie la información de salud del paciente sin su permiso por escrito, con excepción de los casos que se mencionan en este documento.

### II. Como se utilizara o se permitirá el acceso a la información de salud del paciente.

#### a. Tratamiento, pago y asuntos relacionados con la atención a la salud del paciente:

Utilizaremos la información de salud del paciente para darle tratamiento médico, obtener pago por nuestros servicios y para ayudarnos a conducir mejor nuestro centro. Por ejemplo:

- Podemos dar la información de salud del paciente a otros médicos o al personal de hospitales, que no son parte de nuestra clínica pero que nos están ayudando en el cuidado de su salud.
- Podemos enviar una factura por los costos de los servicios recibidos.
- RFSHC puede utilizar su expediente medico para revisar nuestro desempeño y estar seguros de que el paciente esta recibiendo un servicio de salud de Buena calidad.

#### b. Otros usos de la información de salud que son permitidos o requeridos por la ley:

Después de haber obtenido su autorización como padre/tutor, podemos usar o permitir el acceso a la información de salud del paciente por alguno de los siguientes propósitos en circunstancias limitadas:

- A personas involucradas en el cuidado o en el pago por el cuidado de su salud, tales como familia, amigos cercanos o cualquier otra persona escogida por Usted. A esta persona le podemos informar el estado general del paciente y/o dar información necesaria para que ayuden con el cuidado de su salud (al recoger medicamento o ayudándole en su seguimiento).
- A agencias gubernamentales que supervisan nuestro centro de salud (tales como los inspectores que otorgan licencias y certificaciones).



## Notificación de HIPPA y Normas de Privacidad Continuación

- A agencias gubernamentales que tienen el derecho de recolectar información de salud (tales como las que colaboran con el control de brotes de enfermedades).
- Cuando la ley lo requiere (para prevenir situaciones peligrosas o accidentes).
- Para estudios de investigación que cumplen todos los requisitos legales de privacidad (tales como investigaciones para detener una enfermedad).
- Para establecer comunicación con el paciente sobre nuevos tratamientos o medicamentos que pueden ayudarlo.
- A personal asociado con el centro que nos ayuda a llevar a cabo nuestras tareas, tales como contadores, consultores de computación, y compañías de cobro (solamente en los casos en que la compañía acepta por escrito cuidar la confidencialidad de la información de salud del paciente, como lo requiere la ley).
- Por cualquier otro propósito requerido o permitido por la ley.

**c. Podemos usar o dar la información del paciente sin su permiso en las siguientes circunstancias:**

- Cuando es ordenado por la corte o un juez.
- Para evitar una amenaza seria sobre la salud del paciente, su seguridad o la de otros.

**d. Otros usos de la información de salud del paciente que requieren su permiso por escrito:**

Con las excepciones que se han mencionado antes, utilizaremos o permitiremos el acceso a la información de salud del paciente solo mediante su permiso escrito como forma de autorización. Usted puede revocar su autorización en cualquier momento notificándolos por escrito su deseo de hacerlo.

### III. Sus derechos con respecto a la información de salud del paciente.

Sujeto a ciertos límites legales, Usted tiene derechos sobre el uso de la información de salud del paciente, incluyendo los derechos de:

- Solicitar límites en el uso de dicha información
- Recibir la información de salud del paciente de manera confidencial
- Revisar y copiar la información de salud del paciente
- Solicitar algún cambio en dicha información
- Recibir un informe de como hemos utilizado y si hemos permitido el acceso a la información de salud del paciente
- Obtener una copia de este documento de notificación de practicas de privacidad

### IV. Preguntas, preocupaciones o cambios a esta notificación

Si Usted considera que los derechos de privacidad de su hijo(a) han sido violados, puede presentar una queja formal en nuestra clínica o ante la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito. No tomaremos ninguna represaría en contra por presentar una queja formal.

Las políticas y practicas de privacidad pueden cambiar en el futuro. Tales cambios deberán aplicarse a cualquier información sobre la salud del paciente que sea generada o recibida antes de la fecha efectiva del cambio. Cualquier cambio en nuestras políticas y practicas de privacidad será anunciado y pondremos a su disposición la nueva Notificación de Practicas de Privacidad en el RFSHC.

La firma debajo es solamente un reconocimiento que Usted ha recibido este documento de Notificación de Practicas de Privacidad.

**FIRME  
AQUI**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre en LETRA DE MOLDE

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)