



### Servicios ofrecidos por PATHS en tu escuela

- Exámenes dentales
- Exámenes anuales de bienestar
- Recetas médicas
- Pruebas de laboratorio
- exámenes físicos deportivos
- Vacunas
- Cuidado de la Visión

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Identidad de género  Hombre  Mujer

Escuela del estudiante: \_\_\_\_\_

### Dirección postal

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Vive con  Padre  Madres  Los dos  Otro: \_\_\_\_\_

¿Vives en vivienda pública?  Sí  No  Sin hogar

¿Es usted un estudiante?  Sí  No Eres un veterano?  Sí  No ¿Cómo prefiere ser contactado?  Correo  Teléfono  Correo electrónico  En persona

Raza (marque todo lo que corresponda):  Negro / afroamericano  Blanco  Indio americano / nativo de Alaska  Asiático  Nativo hawaiano / Isleño del Pacífico  Japonés  Niego a especificar **Etnicidad:**  Hispano  No Hispano  Niego a especificar **Idioma preferido:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**Necesito intérprete:**  Sí  No **Necesidades de accesibilidad:**  Discapacidad auditiva  Discapacidad visual

## PADRES/ TUTORES LEGALES

Nombre de Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Casa o Móvil) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Casa o Móvil) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (Trabajo) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE (REQUERIDO)

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Esta persona también es un paciente inscrito en otros servicios de PATHS?  Sí  No

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Marque todo lo que corresponda y envíe una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro.

**SEGURO MÉDICO** (Seguro privado, Medicaid, Número de identificación/Número de póliza, etc.)  **SIN SEGURO MÉDICO**

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros **PRIMARIO** \_\_\_\_\_ Número de identificación/Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de prescripción médica?  Sí  No

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros **SECUNDARIO** \_\_\_\_\_ Número de identificación/Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

¿Tiene cobertura de prescripción médica?  Sí  No

## INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Medicamentos actuales \_\_\_\_\_

Marque con una X los siguientes servicios que le gustaría que su hijo recibiera durante el año escolar actual en el Centro de salud escolar:

- Atención médica**  **Salud mental**  **Exámenes dentales**  **Tratamiento de la Visión**

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Teléfono: Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono: Trabajo \_\_\_\_\_

Autorizo a PATHS School-Based Health a dejar mensajes relacionados con mi atención en mi contestador automático/correo de voz  Sí  No

## AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD/CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

El Aviso de prácticas de privacidad de salud escolar de PATHS School-Based Health está publicado en el Centro de salud escolar. Además, puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad comunicándome con el Centro de salud escolar al (434) 791-0216. El Aviso de prácticas de privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de la información de salud protectora de su hijo que podrían ocurrir para su tratamiento, pago de sus facturas o en el desempeño de las operaciones del Centro de salud escolar PATHS y para otros fines permitidos o requerido por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar la información de salud protegida de su hijo. Entiendo que PATHS School-Based Health se reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad. Puedo obtener un Aviso de prácticas de privacidad revisado llamando al Centro de salud escolar PATHS y solicitando que me envíen una copia revisada por correo o solicitando una en el momento de mi próxima cita.

**Yo, el padre/tutor de dicho estudiante, doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios de salud.** Entiendo que esos servicios pueden incluir atención de enfermería, tratamiento médico y derivación para asesoramiento; y que toda la información de atención médica es confidencial. Certifico que he sido informado de las políticas y procedimientos relacionados con cómo PATHS School-Based Health Center, una división de Piedmont Access to Health Services, Inc., puede usar y/o divulgar la información de salud personal de su hijo.

### Al firmar este formulario de consentimiento:

- (1) Autorizo a mi hijo a recibir servicios en mi ausencia;
- (2) Acepto aceptar los riesgos de los procedimientos médicos, medicamentos, pruebas (incluido el VIH) y otros tratamientos;
- (3) Acepto cumplir con los procedimientos de PATHS y las responsabilidades del paciente establecidas en este formulario;
- (4) Doy permiso a PATHS para facturar al seguro de mi hijo los servicios prestados.

Reconozco que he leído este formulario o que me lo leyeron y me explicaron, que lo entiendo y acepto su contenido. Acepto ser veraz al proporcionar información.

---

**Firma de padre/tutor legal**

**Fecha**

Translated 3/12/24