



### Formulario de inscripción de estudiantes

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre/Papas o tutor: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Indique a quien podemos notificar en caso de emergencia

Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_



Todas las operaciones de la clínica de salud Trojans y sus proveedores estarán en total conformidad con la ley de privacidad y derechos educativos de la familia y la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico.

\_\_\_ Entiendo que se cobrará a mi seguro médico los servicios prestados por la clínica de salud de Trojans y autorizo al proveedor a utilizar mi firma para todas prestaciones de seguros.

\_\_\_ Entiendo que toda la información sobre los servicios prestados en la clínica de salud Trojans se compartirá con mis médicos de atención primaria, según corresponda.

\_\_\_ Entiendo que los proveedores de la clínica de salud de Trojans están ubicados en las instalaciones de Hot Springs y puede ser necesario que un estudiante sea transportado a la clínica. Doy mi permiso para que mi hijo sea transportado en el autobús escolar u otro medio de transporte, ya sea por un empleado del distrito escolar de Hot Springs para y la Clínica de Salud Trojans.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre impreso de la persona responsable \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**\*\*Se hará todo lo posible para notificar a los padres por teléfono antes de que el estudiante reciba servicios en la Clínica de Salud Trojans.**



## Distrito escolar de Hot Springs

### Clinica de Salud Trojans

501-620-7815

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de N. \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Entiendo que los siguientes tipos de servicios se ofrecen a través del Distrito Escolar de Hot Springs por la Clínica de Salud basada en la escuela por parte de los siguientes proveedores y doy mi consentimiento para el tratamiento.

\_\_\_\_ Servicios de salud físicos proporcionados por CHI St.Vincent. Servicios a incluir, pero no se limitan a;

- ☐ Exámenes físicos de rutina que incluyen exámenes físicos deportivos.
- ☐ Exámenes de bienestar
- ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- ☐ Tratamiento de heridas leves
- ☐ Prueba de laboratorio
- ☐ Consejería en educación para la salud y promociones del bienestar
- ☐ Educación nutricional y control de peso
- ☐ Prescripción médica
- ☐ Referencias para servicios no proporcionados

\_\_\_\_ Servicios de salud conductual

\_\_\_\_ Consentimiento de transporte/ doy mi permiso para que el estudiante mencionado anteriormente reciba el tratamiento como se indica con mis iniciales a través del Distrito escolar de Hot Springs por la Clínica de Salud basada en la escuela, por los proveedores anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tuto

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **Clinica de Salud Trojans**

### **Centro de Salud Escolar**

**El Distrito Escolar de Hot Springs quiere apoyar la salud, el bienestar y el éxito académico de nuestros estudiantes, permitiéndoles prosperar en el salón de clases y más allá.**

#### **Que es Un Centro de Salud escolar, y que servicios ofrece?**

- Atención primaria para enfermedades y lesiones
- Exámenes anuales completos
- Pruebas de laboratorio
- Medicamentos Recetados
- Programa de promoción y prevención ala salud

#### **Mi hijo vera al médico sin mi permiso?**

No, los padres deben inscribir a su hijo en el centro de salud de la escuela antes de que el Niño vea a un médico y la escuela lo mantendrá informado de todo lo que ocurra en la cita.

#### **Que pasara con la prescripcion?**

Ningún niño saldrá de la clínica con medicamento o una receta por escrito. Todas las recetas de los estudiantes se llamaran a la farmacia de los padres de su elección, o se guardaran en la clínica para que las recoja un padre de familia.



### Información del seguro medico

Seguro Médico primario: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Numero de Identificación \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado: Uno mismo Hijo/Hija Otro: \_\_\_\_\_

Seguro Médico secundario: \_\_\_\_\_

Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Completa esta sección si el paciente es menor de edad** \_\_\_\_\_

Persona responsable \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino

Número de seguro social \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Estado civil: **soltero/casado/viudo/divorciado**

Dirección si es diferente a la del paciente:

\_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_