



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: _____ Número 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 cobrara 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 parente/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 a la 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 llamarán a la farmacia de los padres de su elección, o se guardarán en la clínica para que las recoja un parente 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: _____