

VINE SCHOOL HEALTH CENTER *PERMISO PARA SERVICIOS MÉDICOS*

Nombre de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Número de seguro social: _____ Sexo: Varón Mujer Raza Infantil: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Nombre de padre/tutor imprimido: _____

Correo electrónico de padre/tutor: _____ Fecha de nacimiento de padres/tutor: _____

Celular: _____ Teléfono en casa: _____

Trabajo/número de padre/tutor: _____

Nombre de la farmacia: _____ Lugar: _____

¿Tiene tu hijo seguro médico? No ___ Sí ___ Tipo: _____

¿Tiene tu hijo un médico de atención primaria? No ___ Sí ___ ¿Quién? _____

¿Participa tu hijo en el programa escolar de almuerzo gratis? No ___ Sí ___

¿O de almuerzo con precio reducido? No ___ Sí ___

¿Tiene tu hijo cualquier problema de salud? No ___ Sí ___

¿Tiene problemas educativos o de salud mental? No ___ Sí ___

¿Tiene tu hijo cualquiera alergia? (comida, medicamento, etc.) No ___ Sí ___

¿Toma tu hijo cualquiera medicina? No ___ Sí ___

Si respondiste "sí" anteriormente, explica por favor: _____

¿Fue tu hijo a la sala de emergencias en el año pasado? No ___ Sí ___ ¿Por qué? _____

¿Utilizaba tu hijo nuestros servicios médicos en el año escolar pasado? No ___ Sí ___ No sé ___

Si respondiste que sí, ¿qué piensas tú de esos servicios? Excelentes ___ Satisfactorios ___ No satisfactorios ___

¿Tienes alguna sugerencia para mejorar nuestros servicios? _____

La clínica Vine School Health Center es una colaboración entre las Escuelas del Condado Knox y la Universidad de Tennessee, Escuela de Enfermería y se ubica en la escuela Vine Middle Magnet School con clínicas afiliadas en otras escuelas. Entiendo que estos servicios serán realizados al pedido de los padres o después de que hablen los padres con personales de la clínica; que estos servicios serán proporcionados por un equipo de enfermeras, asistentes sociales, psicólogos, médicos y estudiantes; que estos servicios incluyen pero no están limitados a exámenes físicos, vacunas, educación de salud, tratamiento de enfermedades agudas, primeros auxilios, consejos de salud mental, administración de casos, evaluaciones educacionales, evaluaciones nutricionales y exámenes físicos para deportes. Al firmar este formulario, doy mi permiso para que mi hijo reciba los servicios de salud de la clínica Vine School Health Center. La clínica va a cobrar para servicios de salud proporcionados.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Médicos Consultores Pediátricos de la Universidad de Tennessee y el Hospital para Niños de East Tennessee (ETCH) son socios de consultoría de la clínica Vine School Health Center. Si tenga su hijo un problema de salud que necesite atención adicional, le mandaremos a estos médicos y servicios con su permiso. Si esté evaluado su hijo en la sala de emergencias de este Hospital, podemos ofrecer atención de seguimiento si sea necesario. En este caso, yo le doy permiso al hospital ETCH para compartir informaciones de salud a la clínica Vine sobre la evaluación y el tratamiento que recibiera mi hijo en la sala de emergencias.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Doy permiso a la clínica Vine y al Sistema Escolar del Condado Knox para divulgar informaciones orales para ayudar con citas y para mandar a especialistas.

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Es posible que haya otras personas en la vida de su hijo que ayuden con su cuidado, como abuelos, tíos, padrastros, vecinos y amigos. Si tienes alguien así que te ayuda que podemos llamar o proporcionar informaciones sobre tu hijo, por favor identifica esas personas debajo. Doy permiso a Vine School Health Center a divulgar información de la salud personal de mi hijo, que consiste en informaciones de citas, diagnosis, y/o información medico/de medicamentos e instrucciones a (Nombra las personas designadas y sus números de teléfono): _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Vine School Health Center

Historia de familia & salud – Padres/Familiares

Fecha de hoy _____

Nombre de paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Persona que complete este formulario; y su relación al paciente: _____

Sexo: Varón Mujer

Historia de nacimiento

¿Dónde nació el/la paciente? _____ Peso al nacer _____

¿Tenía el/la paciente cualquier problema al nacer? Sí No

Si dice Ud. que sí, ¿que fueron los problemas? _____

Historia pasada de la salud

¿Tuvo el/la paciente una enfermedad grave en el pasado? Sí No

¿Necesitó el/la paciente hospitalización en el pasado? Sí No

Díganos detalles de la enfermedad u hospitalización: _____

Historia reciente de la salud

¿Toma el/la paciente algún medicamento cada día? Sí No

¿Cuáles son? _____

¿Tiene el/la paciente alergias? Sí No

¿A qué? _____

¿Tiene el/la paciente una enfermedad crónica? Sí No

Descríbalo: _____

¿Quién vive en casa con el/la paciente? _____

Marque si alguien en la familia tiene historia de las siguientes enfermedades:

| | S | N | Relación al paciente |
|--|---|---|----------------------|
| Enfermedades coronarias (o del corazón) | | | |
| Colesterol alto | | | |
| Ataque cerebral/derrame/embolia | | | |
| Cáncer | | | |
| Enfermedades de la sangre: anemia, anemia falciforme, etcétera | | | |
| Diabetes u otro problema endocrino | | | |
| Asma, respiración difícil, o la tuberculosis | | | |
| Problemas neurológicos como dolor de cabeza o convulsiones | | | |
| Cálculos renales o enfermedades de los riñones | | | |
| Problemas con la glándula tiroides | | | |
| Peso insuficiente o demasiado | | | |
| Debilidad del sistema inmunitario o infecciones frecuentes | | | |
| Problemas de los huesos o músculos | | | |
| Problemas con el estómago o el intestine como úlceras | | | |
| Ceguera, sordera, u otras problemas visuales o auditivos | | | |
| Retraso mental o problemas de aprendizaje | | | |
| Problemas de comportamiento | | | |
| Ansiedad, depresión, u otra enfermedad mental | | | |
| Abuso de drogas o alcohol | | | |