

Date registered: _____

Memorial Hermann Health Centers for Schools PATIENT REGISTRATION

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Social Security #: _____ Birth Date: _____ Sex: *Male Female*

School: _____ Grade: _____ Student ID#: _____

Marital Status: *Single Married* Primary language spoken at home: _____

Race: *Asian/Pacific Islander Black Caucasian Hispanic Native American Other*

HEALTH INSURANCE INFORMATION.

Primary Insurance: *Medicaid CHIP HCHD Gold Card Private Insurance No Insurance*

If Medicaid/CHIP, Policy #: _____ Plan Name: _____

If Private Insurance, Plan Name: _____

PERSON RESPONSIBLE FOR PATIENT.

Relationship: _____ E-mail: _____

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Day Phone #: _____ Alternate Day Phone #: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (To be contacted if parent/guardian cannot be reached).

Relationship: _____ E-mail: _____

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Day Phone #: _____ Alternate Day Phone #: _____

Memorial Hermann Health Centers for Schools

Student Name: _____

Date: _____

Student's Medical History (Circle all problems since birth):

Head/Eyes: Chronic sinusitis, dental caries, hearing loss, near sighted, recurrent ear infections, seasonal allergies, strabismus. Wears glasses or contacts.

Respiratory: Asthma, RSV, Cystic fibrosis, pneumonia

Heart: ASD, congenital heart problem, heart murmur, VSD

GI: Celiac disease, constipation, GERD, irritable bowel syndrome

Urinary: bed wetting, high blood pressure, kidney infection, undescended testicle, recurrent bladder/urine infections

Skin: Acne, eczema, contact dermatitis

Endocrine: Diabetes Type 1 or Type 2, thyroid problem

Blood/Cancer: Cancer, iron deficiency anemia, sickle cell anemia or trait, thalassemia

Nervous & muscle systems: cerebral palsy, febrile seizure, fracture, head trauma/concussion, migraines, scoliosis, seizures

Nutrition: eating disorder, failure to thrive, food allergy, lactose intolerance, malnutrition, obesity

Development: ADD, ADHD, anger disorder, anxiety disorder, autism, bipolar disorder, behavior problems, depression, developmental delay, learning problem, speech problem/delay

Past Surgery: Tonsillectomy, tonsils & adenoids removed, appendectomy, PE tubes in ears, umbilical or groin hernia repair, strabismus repair, circumcision, urinary tract procedure

Never been hospitalized

Never had surgery

Family History (Circle if parent, grandparent, aunt, uncle, brother or sister has the problem):

I don't know (unknown)

No health problems (unremarkable)

ADD

Colon Cancer

Ovarian Cancer

ADHD

CVA/Stroke

Pancreatic Cancer

Alcoholism

Depression

Prostate Cancer

Asthma

Diabetes Type 1 or 2

Renal/Kidney Disease

Atopic Disease/Eczema

Drug Abuse

Seizures

Autism

High Cholesterol

Sickle Cell Disease or Trait

Bipolar disorder

High Blood Pressure

Skin Cancer

Breast Cancer

Inflammatory Bowel Disease

Suicide

CAD/Heart Attack

Migraine

Thyroid Disease

*lives with:
passive smoke exposure:
immunizations UTI:*

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS – HOGG CLINIC, Houston, Texas

INFORMED CONSENT FOR TREATMENT AND OTHER PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES

PLEASE READ CAREFULLY AND FILL OUT THE CONSENT FORM BELOW FOR YOUR STUDENT TO BE TREATED AT THE HOGG HEALTH CENTER.

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHCS) is concerned with the health of students at contracted schools in the Reagan High School feeder pattern. We provide the following health care services, subject to the limitations of the facility.

1. Immunizations
2. Physical Exams
3. Athletic Physicals
4. Health Education
5. Family Planning Services
6. Social Service Assistance
7. Treatment of minor illness and injury
8. Non-critical counseling for students with emotional problems
9. Detection and treatment of sexually transmitted diseases (STD)

PLEASE NOTE:

Primary health care services are available to students by a full time Physician Assistant or Nurse Practitioner, and a Licensed Clinical Social Worker in the Health Center. Services within the Center are optional and are at no cost to the student.

I HEREBY CONSENT FOR _____
(Student Name) (Date of Birth)

TO RECEIVE MEDICAL CARE AT THE HOGG SCHOOL-BASED HEALTH CENTER.

I authorize a physician or a designated professional healthcare provider to provide necessary and/or advisable treatment for the student. I give my permission for medical tests, procedures, and treatments in the medical evaluation and management of the student that are within the capabilities of the facility and its personnel. I hereby disclose all known allergies, chronic illness, prior medication or drugs resulting in adverse reactions and any current medications as follows:

ALLERGIES: ____ Yes ____ No

If yes, please indicate allergy and type of reaction: _____

CURRENT MEDICATION: _____

PAST MEDICAL HISTORY (MAJOR ILLNESS/INJURY): _____

Please indicate which of the following apply to the student:

____ Medicaid # _____ Medicaid Plan _____

____ CHIP ____ Gold Card ____ Private Health Insurance ____ No Insurance

IMPORTANT – PLEASE NOTE: The Health Center is a Medicaid Provider and will bill Medicaid for services to those students who have Medicaid coverage. **Non-covered services will NOT be billed to the student or family.**

I authorize Memorial Hermann Health Centers for Schools to bill Medicaid or my Medicaid Plan and receive payment directly from them for services rendered. I also authorize Memorial Hermann Health Centers for Schools to release information as required to Medicaid or my Medicaid Plan, for the purpose of determining benefits. I understand that such records may include information regarding HIV/AIDS testing, substance abuse, and/or mental health issues. A photocopy or a telefaxed copy of this authorization shall be deemed as valid as the original.

I have read and completed this consent form. I understand that any questions I may have concerning the Health Center will be answered by calling (713) 864-7614. I permit HISD to provide transportation from the feeder schools to Health Center after receiving permission from the school nurse. **I understand that if I want my student to receive some but not all of the above health care services, I must indicate so on this form.** I understand that school personnel may see this informed consent. I authorize the healthcare staff of the Health Center to disclose to school personnel appropriate health information about my child as deemed necessary solely for treatment purposes and for continuity of my child's care. I authorize school personnel to disclose grades, absenteeism, and disciplinary data for my child if seen by the Licensed Clinical Social Worker.

SIGNED: _____ DATE: _____ SIGNED: _____
(Parent/Guardian) (Student)

PHONE NUMBER WHERE PARENT/GUARDIAN CAN BE REACHED DURING SCHOOL HOURS: _____

Memorial Hermann Healthcare System

Acknowledgement of Receipt of Joint Notice of Privacy Practices

PURPOSE: This form is used to document (a) a parent/guardian acknowledgement of receipt of Memorial Hermann Healthcare System's Joint Notice of Privacy Practices or (b) when we have not obtained this acknowledgement, our good faith effort to obtain the acknowledgement.

I (parent/guardian) understand that the student's health information will be used and disclosed according to Memorial Hermann Healthcare System's Joint Notice of Privacy Practices.

I (parent/guardian) also understand that a written authorization from me (parent/guardian) will be requested by the clinic prior to releasing health care information for any use or disclosure not listed in the Joint Notice.

I acknowledge receiving Memorial Hermann Healthcare System's Joint Notice of Privacy Practices.

Signature

Date

School

Relationship to Student

Student Name

STAFF USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt of Joint Notice or Privacy Practices:
Describe your good faith effort to obtain the parent/guardian signature on this form:

Staff Signature

Date

Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Continuing Care Corporation, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., and Physicians and Allied Professionals with privileges to practice at a Memorial Hermann Healthcare System Facility.

Date registered: _____

Memorial Hermann Health Centers for Schools REGISTRO DEL PACIENTE

Nombre:(Apellido)_____ (Primero)_____ (Segundo)_____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Seguro Social # _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: *Masc Fem*

Escuela: _____ Grado: _____ Numero de ID#: _____

Status Marital: *Soltera Casada* Lenguaje en casa: _____

Raza: *Isleño Asiático/Pacífico Africano Americano Caucasico Hispano Nativo Americano Otro*

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD.

Seguro Primario: *Medicaid CHIP HCHD Tarjeta de Oro Seguro Privado No Seguro*

Para Medicaid/CHIP, Póliza #: _____ Nombre de Seguro: _____

Nombre de Seguro Privado: _____

PERSONA RESPONSIBLE DE LA PACIENTE.

Relación: _____ E-mail: _____

Nombre:(Apellido)_____ (Primero)_____ (Segundo)_____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Numero teléfono #: _____ Alternativo #: _____

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA (En caso que el padre o guardián no pueda ser localizado).

Relación: _____ E-mail: _____

Nombre:(Apellido)_____ (Primero)_____ (Segundo)_____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Numero de teléfono #: _____ Alternativo #: _____

Memorial Hermann Health Centers for Schools

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Historial médica del estudiante (circule todos los problemas desde el nacimiento):

Nunca ha sido hospitalizado Hospitalizado por: _____ Cuando: _____

Cirugías pasadas: tonsilectomía, adenoides removidas, apendicetomía, PE tubos en los oídos, reparación de la hernia umbilical o inguinal, reparación de estrabismo, circuncisión, procedimiento de las vías urinarias.

Cuando: _____ Nunca ha tenido cirugías

Cabeza/ojos: Sinusitis crónica, caries dentales, pérdida de la audición, miopía, infecciones recurrentes del oído, alergias estacionales, estrabismo, usa lentes o lentes de contacto.

Respiratoria: Asma, RSV, fibrosis quística, neumonía

Corazón: ASD/ VSD (agujero en el Corazón), problemas congénitos del corazón, soplo en el corazón,

GI: Enfermedad celiaca, estreñimiento, reflujo ácido, síndrome del intestino irritable.

Urinaria: orinarse en la cama, hipertensión, infección en los riñones, testículo no descendido, infecciones recurrentes de orina/vejiga.

Piel: Acne, eczema, dermatitis de contacto.

Endocrino: Diabetes Tipo 1 o Tipo 2, problemas de tiroides.

Sangre/Cáncer: Cáncer, anemia por deficiencia de hierro, anemia de células falciformes o rasgo, talasemia.

Sistema muscular y nervioso: parálisis cerebral, convulsiones febriles, fracturas, trauma en la cabeza/contusión, migrañas, escoliosis, convulsiones.

Nutrición: trastorno alimenticio, retraso en el desarrollo, alergias a los alimentos, intolerancia a la lactosa, desnutrición, obesidad.

Desarrollo: ADD, ADHD, trastorno de ira, trastorno de ansiedad, autismo, trastorno bipolar, problemas de conducta, depresión, retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje, retraso/problemas del habla.

Historia médica familiar (circule si el padre, los abuelos, el tío, la tía, el hermano, la hermana tiene el problema):

No se (desconocido)

No hay problemas de salud (sin complicaciones)

ADD	Cáncer de colon	Cáncer de los ovarios
ADHD	CVA/Derrame cerebral	Cáncer del páncreas
Alcoholismo	Depresión	Cáncer de la próstata
Asma	Diabetes Tipo 1 o 2	Enfermedad renal/ riñón
Enfermedad atópica/eczema	Abuso de drogas	Convulsiones
Autismo	Colesterol elevado	Enfermedad de células falciformes o rasgo
Trastorno bipolar	Hipertensión	Cáncer de la piel
Cáncer de senos	Enfermedad inflamatoria del intestino	Suicidio
CAD/Ataque al corazón	Migraña	Enfermedad de la tiroides

Historia Social: Vive con: _____ Estado de las Vacunas: Al día o necesita: _____

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS – HOGG CLINIC, Houston, Texas

CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA EL TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCION MEDICA

FAVOR DE LEER DETENIDAMENTE Y LLENAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO A CONTINUACION
PARA QUE SU ALUMNO SEA ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD EN HOGG.

EL CENTRO DE SALUD DE MEMORIAL HERMANN PARA LAS ESCUELAS (MHHCS) SE PREOCUPA POR LA SALUD DE LOS ALUMNOS DE LAS ESCUELAS CON LAS CUAL TENEMOS UN CONTRATO. A LAS ESCUELAS CON EL PATRON DE , LES PROVEEMOS LOS SIGUIENTES SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD SUJETOS A LOS LIMITES DE EL CENTRO.

1. Vacunas
2. Examen Médicos
3. Exámenes para Deportes
4. Educacion sobre la salud
5. Servicios de Planificación Familiar
6. Asistencia por medio de Servicios Sociales
7. Tratamiento de enfermedades ó lesiones menores
8. Terapia a alumnos con problemas emocionales no críticos
9. Detección y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente (STD)

OBSERVACION:

Servicios primarios de atención médica están disponibles para los alumnos mediante una Asistente Médico ó Enfermera Especialista y una Trabajadora Social con Licenciatura. Los servicios dentro de Centro son opcionales y sin costo alguno para el alumno.

YO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE _____
(Nombre del Alumno) (Fecha de Nacimiento)

PARA RECIBIR CUIDADO MEDICO EN EL CENTRO DE SALUD SITUADO EN HOGG MIDDLE SCHOOL.

Autorizo a un médico ó asociado profesional designado para que suministre tratamiento necesario y/o recomendable para el alumno. Doy mi permiso para que se realizen exámenes, procedimientos y tratamientos médicos en la evaluación y gestion de la atención médica para el alumno dentro de las capacidades del centro de salud y su personal. Doy a conocer completamente todas las alergias conocidas, enfermedades crónicas, previos medicamentos ó drogas que podrian resultar en reacciones adversas y cualquier medicamentos actuales.

ALERGIAS: _____ Si _____ No

Si indico que Si, por favor indique las alergias y sus reacciones: _____

MEDICAMENTO QUE TOMA ACTUALMENTE: _____

HISTORIAL MEDICO (ENFERMEDAD O LESIONES GRAVES): _____

Por favor indique cuál aplica al alumno:

_____ # de Medicaid _____ Plan de Medicaid _____
_____ CHIP _____ Seguro Medico Privado _____ Tarjeta de Dorado _____ No seguro

IMPORTANTE – POR FAVOR LEA: El Centro de Salud es un proveedor de Medicaid y cobrara a Medicaid por los servicios recibidos de los estudiantes que tienen cobertura de Medicaid. Los servicios no cubiertos NO serán cobrados al estudiante o su familia.

Yo autorizo a Los Centros de Salud Escolares de Memorial Hermann para que cobren a Medicaid o mi Plan de Medicaid y recibir directamente pagos de ellos por los servicios recibidos. Yo También doy autorización a Los Centros de Salud Escolares de Memorial Hermann de divulgar información requerida a Medicaid o mi Plan de Medicaid, con el propósito de determinar los beneficios. Yo entiendo que esta información puede incluir exámenes de HIV/SIDA, abuso de sustancias y o problemas mentales. Una fotocopia o fax de esta autorización será considerada valida como la original.

He leído y llenado este formulario de consentimiento. Entiendo que toda pregunta que tenga con respecto a el Centro de Salud serán contestadas llamando al (713) 864-7614. Doy mi permiso a HISD ISD para proveer transporte de la escuela al Centro De Salud después de haber recibido permiso de la enfermera de la escuela. Yo entiendo que si yo quiero que mi alumno reciba algunos pero no todos los servicios de arriba yo debo de indicarlo en esta forma. Yo entiendo que el personal de la escuela puede ver esta forma de consentimiento. Yo autorizo al personal médico de El Centro de Salud de revelar al personal de la escuela la información médica adecuada de mi hijo/a que se estime necesaria únicamente con fines de tratamiento y para continuidad de atención médica de mi hijo/a. Yo autorizo al personal de la escuela para revelar las calificaciones, asistencia escolar é información disciplinaria de mi hijo/a si va a ser visto por el Trabajador Social con Licenciatura de la Clínica.

FIRMA: _____ (Padre/Custodio) FECHA: _____ FIRMA: _____ (Alumno)

NUMERO DE TELEFONO DONDE SE PUEDE CONTACTAR ALOS PADRES Ó CUSTODIOS DURANTE HORAS DE ESCUELA: _____

Memorial Hermann Centro De Salud

Notificación Unida de Actos de Privacidad

PROPOSITO: Esta forma es usada para documentar (a) que los padres/guardián recibieron el reconocimiento de Memorial Herman Centro de Salud Notificación Unida de Actos de Privacidad ó (b) si no hemos obtenido este reconocimiento, nuestra buena fe de esfuerzo de obtener el reconocimiento.

Yo (padre/guardian) entiendo que la información del estudiante va a ser usada y revelada de acuerdo a Memorial Hermann Sistemas de Centro de Salud Unida de Actos de Privacidad.

Yo (padre/guardián) también entiendo que la autorización escrita de parte de mi (padre/guardián) será solicitada por la clínica antes de entregar información sobre la salud para cualquier uso ó revelación que no esta en la lista de Notificación Unida.

Yo reconozco haber recibido el Memorial Hermann Sistemas de Centro de Salud Notificación Unida de Actos de Privacidad.

Firma

Fecha

Escuela

Relación al Estudiante

Nombre de Estudiante

PARA USO DE LA CLINICA-NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

Tratado de buena fe de obtener reconocimiento de haber recibido la Notificación Unida de Actos de Privacidad:

Describe su buena fe y esfuerzo de obtener la firma del padre/guardián en esta forma:

Firma del Personal

Fecha