

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS PATIENT REGISTRATION

Fecha en que se completó: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____

Escuela: _____ Grado: _____ N.º de ID del estudiante: _____

Idioma principal hablado en casa: _____

Raza (seleccione todas las opciones que correspondan)	Ethnicity (select only one)
☐ Indígena estadounidense o Nativo de Alaska ☐ Asiático	☐ Hispano ☐ Latino
☐ De raza negra o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico	☐ No Hispano ☐ Latino
☐ Blanco ☐ Otra Raza ☐ Prefiero no responder	☐ Prefiero no responder

¿Su hijo califica para recibir almuerzo gratuito o con descuento en la escuela? ☐ Sí ☐ NO

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Relación: _____ Correo electrónico: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre) _____

☐ Igual que el anterior

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono de contacto durante el día: _____ N.º de teléfono de contacto durante el día alternativo: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (para comunicarse en caso de que no se pueda ubicar al padre, madre o tutor legal)

Relación: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____

N.º de teléfono de contacto durante el día: _____ N.º de teléfono de contacto durante el día alternativo: _____

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del padre, madre o tutor legal

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

MEMORIAL
HERMANN

Health Centers for Schools Patient
Registration Form



Centros de salud de Memorial Hermann para las escuelas History Form

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias a medicamentos: ☐ NINGUNA ☐ SÍ ¿A cuáles medicamentos? _____ ¿Qué sucede? _____

Antecedentes médicos del estudiante (Marcar todos los problemas desde el nacimiento):

Hospitalizaciones: ☐ Nunca ha sido hospitalizado ☐ Hospitalizado por el siguiente motivo: _____ Fecha: _____

Cirugías anteriores: ☐ Nunca se ha sometido a una cirugía ☐ Apendicectomía ☐ Circuncisión
☐ Tubos ecualizadores de presión (PE) en los oídos ☐ Amigdalectomía
☐ Reparación de una hernia umbilical o inguinal ☐ Otra cirugía: _____ Fecha: _____

Cabeza y ojos: ☐ Caries ☐ Pérdida auditiva ☐ Miopía ☐ Infección recurrente del oído ☐ Alergias estacionales
☐ Estrabismo ☐ Utiliza gafas o lentes de contacto

Sistema respiratorio: ☐ Asma ☐ Neumonía ☐ Virus respiratorio sincicial (RSV)

Corazón: ☐ Problema cardíaco ☐ Soplo cardíaco ☐ Hipertensión arterial

Sistema gastrointestinal: ☐ Estreñimiento ☐ Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD)

Sistema endocrino: ☐ Diabetes tipo 1 o tipo 2 ☐ Afección tiroidea

Aparato urinario: ☐ Enuresis nocturna ☐ Pielonefritis ☐ Criptorquidia o testículo no palpable
☐ Infecciones vesicales o urinarias recurrentes

Piel: ☐ Acné ☐ Eccema ☐ Dermatitis de contacto

Nutrición: ☐ Problemas de peso ☐ Intolerancia a la lactosa ☐ Alergia alimentaria: _____

Afección sanguínea o cáncer: ☐ Anemia ferropénica ☐ Enfermedad o rasgos de células falciformes Tipo de cáncer _____

Sistema nervioso o muscular: ☐ Convulsiones febriles ☐ Fractura ☐ Traumatismo craneal o conmoción ☐ Migrañas
☐ Escoliosis ☐ Convulsiones

Desarrollo: ☐ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) ☐ Autismo ☐ Problema conductual
☐ Retraso del desarrollo ☐ Problemas de aprendizaje ☐ Problemas del habla

Salud mental: ☐ Ansiedad ☐ Trastorno bipolar ☐ Depresión

Cualquier otro problema: _____

En el caso de las niñas: ¿Ha tenido alguna vez la menstruación?: ☐ No ☐ Sí Edad del primer período menstrual: _____

Antecedentes familiares (qué familiar tiene el problema: madre, padre, abuelo, abuela, tía, tío, hermano o hermana):

☐ Ningún problema de salud (no relevante) ☐ No conocido (desconocido)

	Madre	Padre	Abuelos	Tía	Tío	Hermano	Hermana
Diabetes: ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2							
Presión arterial alta							
Enfermedad del corazón							
Accidentes cerebrovasculares							
Enfermedad o problemas de salud mental							
Diagnóstico:							
Cáncer							
Tipo:							
Otros problemas:							

Antecedentes sociales: Vive con la(s) siguiente(s) persona(s): _____

Fumadores en casa: ☐ No ☐ Sí Si la respuesta es SÍ: ☐ Se fuma en el interior ☐ Se fuma en el exterior ☐ Se fuma en ambas partes

Firma del padre, madre o tutor legal

Nombre en letra de imprenta

Relación con el paciente

Fecha

Hora

MEMORIAL
HERMANN

History Form for the
Health Centers
for Schools



MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS BURBANK CLINIC, HOUSTON, TEXAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD PREVENTIVA
LEA DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU ESTUDIANTE SEA TRATADO
EN EL CENTRO DE SALUD

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) o "Centro de salud" se interesa por la salud de los estudiantes en las escuelas con las cuáles tenemos un contrato. Brindamos un número de servicios de atención de la salud, sujetos a las limitaciones del establecimiento.

LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD ESTÁN DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD BURBANK DENTRO DE LAS ESCUELAS

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Inmunizaciones | 5. Educación sobre la nutrición | 9. Consejería de salud mental |
| 2. Exámenes de rutina / Chequeos médicos | 6. Servicios de planificación familiar | 10. Consejería y educación sobre el ejercicio |
| 3. Exámenes físicos para campamento y deporte | 7. Asistencia de servicio social | 11. Detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés) |
| 4. Educación sobre la salud | 8. Tratamiento de enfermedades o lesiones leves | |

Indique cuál de los siguientes se aplica al estudiante:

☐ N.º de Medicaid _____ Plan de Medicaid _____ ☐ Harris Health/Gold Card
☐ CHIP ☐ Seguro de salud privado ☐ Sin seguro

IMPORTANTE – TENGA EN CUENTA QUE: El Centro de salud es un proveedor de Medicaid y facturará a Medicaid por los servicios a aquellos estudiantes que tienen cobertura Medicaid. **Los servicios que no estén cubiertos, NO se cobrarán al estudiante o a la familia.**

Yo autorizo a MHHCS para que cobren a Medicaid o a mi plan de Medicaid y reciban directamente el pago de ellos por los servicios prestados. También autorizo a MHHCS para que divulgue información según sea requerida por Medicaid o por mi plan de Medicaid con el propósito de determinar los beneficios. Comprendo que dichos registros pueden incluir información con respecto a pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Una fotocopia o una copia enviada por fax de esta autorización deberá considerarse tan válida como el documento original.

Yo autorizo al personal del Centro de salud a divulgar a la enfermera, al equipo médico o al equipo deportivo de la escuela la información de salud adecuada sobre mi hijo/a según se considere necesario, únicamente para los propósitos del tratamiento y para la continuidad de la atención médica de mi hijo/a. Autorizo también a que el personal de la escuela divulgue las calificaciones, inasistencias e información de disciplina de mi hijo/a si él/ella es visitado(a) por el trabajador social con licencia de la clínica o el consejero profesional licenciado.

XX _____

Firma del padre/tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el estudiante	Fecha
------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------

TENGA EN CUENTA:

Un proveedor de prácticas avanzadas brinda servicios de atención primaria a tiempo completo a los estudiantes. Adicionalmente, los servicios de asesoramiento son proporcionados por un trabajador social con licencia de la clínica (LCSW, por sus siglas en inglés) o un consejero profesional licenciado (LPC, por sus siglas en inglés). Los servicios brindados en el Centro de salud son opcionales y sin costo alguno para el estudiante o la familia.

Yo autorizo a un proveedor de atención de la salud profesional designado de MHHCS a brindar el tratamiento recomendado y/o necesario para el estudiante.

Nombre del estudiante _____	Fecha de nacimiento _____
-----------------------------	---------------------------

Yo doy mi consentimiento a MHHCS para brindar todos los servicios indicados anteriormente dentro de las posibilidades del establecimiento y su personal con excepción de lo(s) siguiente(s) _____.

Yo autorizo al establecimiento mencionado anteriormente a brindar el transporte y/o acompañar a mi hijo/a desde las escuelas con contrato hasta el Centro de salud para obtener los servicios después de recibir el consentimiento de la enfermera de la escuela.

He leído y completado este formulario de consentimiento. Entiendo que el personal de la escuela puede ver este consentimiento informado. Entiendo que cualquier pregunta que pueda tener en relación al Centro de salud será respondida llamando al (713) 742-8151.

XX _____

Firma del padre, la madre o el tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el estudiante	Fecha
---	------------------------------------	-----------------------------------	--------------

Número de teléfono para comunicarse con el padre, la madre o el tutor durante el horario escolar:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ La mejor hora para recibir llamadas: _____

Correo electrónico: _____

Firma del segundo progenitor o tutor (opcional): _____ Número de teléfono: _____ La mejor hora para recibir llamadas: _____

**MEMORIAL
HERMANN**

Informed Consent



Memorial Hermann Health System
Acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad
Centros de salud para las escuelas

Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad se aplica a las prácticas de privacidad de las entidades afiliadas y las entidades que participan en el Acuerdo organizado de atención médica. Se incluyen las siguientes entidades: Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, MHMG, MHMD, MHMI, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., Memorial Hermann Health System, Memorial Hermann Foundation, Memorial Hermann Professional Insurance Co. Ltd., médicos y profesionales aliados con privilegios para ejercer en una instalación de atención médica de Memorial Hermann.

Este formulario se utiliza para documentar (a) el acuse de recibo por parte de una persona de nuestro Aviso conjunto de prácticas de privacidad o (b) en caso de que no hayamos obtenido este acuse de recibo, nuestro esfuerzo de buena fe para obtener el acuse.

Yo (padre, madre o tutor) reconozco que he recibido un Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann Health System.

Yo (padre, madre o tutor) entiendo que la información de salud del estudiante se utilizará y divulgará de acuerdo con el Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann Health System.

Yo (padre, madre o tutor) también entiendo que la clínica solicitará mi (padre, madre o tutor) autorización por escrito antes de divulgar la información de atención médica para cualquier uso o fin de divulgación que no se mencione en el Aviso conjunto de prácticas de privacidad.

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del padre, la madre o el tutor Nombre en letra de imprenta Relación con el estudiante Fecha Hora

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) Escuela

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad:

Describa su esfuerzo de buena fe para obtener la firma del padre, la madre o el tutor en este formulario:

Describa el motivo por el que la persona no firmó o no pudo firmar este formulario:

☐ a. m.
☐ p. m.

Firma del personal Nombre en letra de imprenta Fecha Hora

**MEMORIAL
HERMANN**

**Acknowledgment of Receipt of Joint
Notice of Privacy**

