

Información del estudiante

Nombre: _____ **Sexo:** Masculino Femenino
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____ **N° de seguridad social:** _____ -- _____ -- _____

Raza/Etnia: Afroamericano/Negro Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático
 Hawaiano/de las islas del pacífico Hispano Dos o más razas Caucásico

Teléfono de casa: () _____ **Celular:** () _____

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

Escolarización: _____ **Grado escolar:** _____ **División N°:** _____

Información del Tutor legal/Padres

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Teléfono de casa: () _____ **Teléfono laboral:** () _____

Celular: () _____ **Número de localizador:** () _____

Información de emergencia

Nombre del contacto 1: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Teléfono 1 () _____ **Teléfono 2** () _____

Nombre del contacto 2: _____ **Relación con el estudiante:** _____

Teléfono 1 () _____ **Teléfono 2** () _____

Información de aseguradora

Tipo de aseguradora: Medicaid/All Kids HMO PPO No posee aseguradora Otra: _____

Información específica de Medicaid/All Kids: Identificación del destinatario: _____ N° de caso: _____

HMO/PPO específico/Otra información: Nombre de la HMO/PPO/Otro: _____

Nombre del asegurado: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de Póliza: _____ **Grupo N.º:** _____

Nombre del empleador: _____ **Dirección:** _____ **Tel. ():** _____

Información del médico principal

Nombre del médico del estudiante: _____ **Nombre de la clínica:** _____

Dirección: _____ **N° de teléfono del médico ():** _____

Alergia(s) a los medicamentos: _____ **Afección(es) médica(s) preexistente(s):** _____

Yo autorizo y doy consentimiento a la inscripción de los menores antes mencionados, de los cuales yo soy el padre o tutor, en el Centro de Salud. Mi consentimiento a que el personal profesional del Centro de Salud para proporcionar servicios médicos integrales y asesoramiento a mi hijo durante su asistencia a la escuela. Mi niño tiene el derecho de rechazar cualquier servicio prestado en el Centro de Salud y tengo el derecho de retirar mi consentimiento y rechazar los servicios, mediante notificación al personal del Centro de Salud en persona. Atención médica integral incluye los servicios que mi hijo podría recibir en el consultorio de un médico o una clínica. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a, la escuela y los deportes físicos, el cuidado de las condiciones médicas existentes (tales como, diabetes, presión arterial alta, asma), el tratamiento de problemas médicos agudos (por ejemplo, dolor de garganta, resfriados, dolores de estómago), las vacunas y las vacunas (incluida la Hepatitis A, Hepatitis B, Hib, contra el VPH, la poliomielitis, meningitis, MMR, neumococo, influenza estacional, la Tdap, DT, varicela), pruebas de tuberculosis, educación sanitaria y de primeros auxilios. Además doy mi consentimiento para la realización de pruebas de laboratorio por prescripción médica (que pueden requerir muestras de sangre u orina) que pueden ser recetados como parte de la atención médica de mi hijo. Yo entiendo, que bajo la ley de Illinois, mi hijo puede dar su consentimiento a ciertos tipos de servicios, incluyendo pruebas de embarazo, métodos anticonceptivos y el tratamiento de las infecciones que resultan de tener relaciones sexuales y que estos servicios están disponibles en el Centro de Salud. Yo entiendo que el personal profesional del Centro de Salud puede fomentar la práctica de la abstinencia (no tener relaciones sexuales) en las discusiones con los pacientes. Entiendo que no la experimentación médica se llevará a cabo en mi hijo. Además, entiendo que los expedientes médicos mantenidos por el personal son confidenciales y son propiedad del Centro de Salud. Yo autorizo al personal del centro de salud a formas de liberación de la escuela y el deporte físico y los registros de vacunación de grúa High School. Yo autorizo a las Escuelas Públicas de Chicago para liberar los registros de los exámenes médicos anteriores y las vacunas correspondientes a mi hijo para su uso por el personal del Centro de Salud.

Firma del Padre/Tutor legal X _____ **Fecha:** _____

Relación con el estudiante: _____ Madre _____ Padre _____ Otro (especifique) _____