



## **INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE \*Persona a ser factuarda**

Primer Nombre / MI / Apellido	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento <input type="text"/>	Sexo Masculino Femenino	
Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Numero de telefono
Información De Contact De Emergencia	Relacion	Numero de telefono		

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductual /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE:** Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CCSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:** Mi firma debajo también indica que me han proporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

### **Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador Designado**

Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

Nombre	Relacion	Numero de Telefono
Nombre	Relacion	Numero de Telefono
Nombre	Relacion	Numero de Telefono
Nombre	Relacion	Numero de Telefono
Nombre	Relacion	Numero de Telefono

Firma de Cliente (o padre)

\*Su nombre escrito aquí es su firma electrónica

Fecha (mm/dd/yyyy)

## RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medico/dental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.

### PAGO

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaidseran determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciónesyosereresponsible por los costos de colección incurridos.

### DESCUENTO

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.
- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guias de los Servicios Humanos.

### CITAS

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesia un numero de telefono actual es requerido. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

### TRATAMIENTO DE MENORES

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

### HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las politicas escritas anteriormente.

Firma de Cliente (o padre)

\* Su nombre escrito aquí es su firma electrónica

Fecha (mm/dd/yyyy)

# CUESTIONARIO SOBRE SU HISTORIAL DE SALUD Spanish

*Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidencial y seran parte de su expediente medico.*

Doctor Previo o el que lo refirio: \_\_\_\_\_ Fecha de ultimo examen fisico: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL De SALUD PERSONAL

ENFERMEDAD DE INFANCIA	<input type="checkbox"/> Sarampion <input type="checkbox"/> Paperas <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> FiebreReumatica <input type="checkbox"/> Polio			
VACUNAS Y FECHAS:	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Tetanos	<input type="checkbox"/> Neumonia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B
EXAMENES DE SALUD	<input type="checkbox"/> Colonoscopy When/Where: _____		<input type="checkbox"/> Chest XRay When/Where: _____	
	<input type="checkbox"/> Rectal Exam/Blood When/Where: _____		<input type="checkbox"/> EKG When/Where: _____	

## PROBLEMAS MEDICOS QUE OTROS DOCTORES DIAGNOSTICARON

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Artritis / Gota	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Trastorno de Coagulacion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta Presion Sanguinea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cataratas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Coagulo de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infeccciones Resistentes a los Antibioticos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lupus	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades Transmitidas Sexualmente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
EPOC	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Depresion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otros _____							

## CIRUGIAS Y OTRAS HOSPITALIZACIONES

Año	Lista de Cirugias	Hospital

## ANOTE SUS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, MEDICAMENTOS DEL MOSTRADOR, Y VITAMINAS Y

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia?	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia

## ALERGIAS (MEDICAMENTOS, COMIDA, TEMPORAL OR AMBIENTAL)

Alergia a que?	Reaccion?	Alergia a que ?	Reaccion?	Alergia a que ?	Reaccion?

## ABITOS DE SALD ` SEGRIDAD` PERSONAL

TODAS LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPCIONALES Y SERAN ESTRICTAMENT CONFIDENCIALES.

<b>Alcohol</b>	Usted toma alcohol?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	En casa afirmativo de que tipo? _____	Cuantas bebidas por semana? _____
<b>Cafeina</b>	Usted usa cafeina?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Qu e tipo ? <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/> Cafe <input type="checkbox"/> Te <input type="checkbox"/> Refresco <input type="checkbox"/> Bebida energetica <input type="checkbox"/> Tableta	
<b>Tobaco</b>	Usted usa tobacco?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cigarrillos   dia <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar   dia <input type="checkbox"/> Pipa   dia <input type="checkbox"/> Cigarros   dia	
<b>Drogas</b>	Usted actualmente o en algun momento ha usado drogas recreativas o de la calle? Tipo / Frecuencia_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Usted se a administrado drogas de la calle con una aguja?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Tatuajes</b>	Tien usted algun tatuaje?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Dieta</b>	Dieta <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Diabetica <input type="checkbox"/> Baja en sal / Baja en Sodio <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Otra _____	
<b>Ejercicio</b>	Ejercicio-Describalo _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**SINTOMAS CONSTITUCIONALES**

Mal estado de salud ultimamente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cambios recientes de pesa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fatiga / Cansancio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**OJOS**

Enfermedad de los ojos / lesion	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lentes / Contactos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vista borrosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Vision doble	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**OIDO / NARIZ / BOCA / GARGANTA**

Perdida de audicion / Zumbido en los oidos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de oidos o drenaje	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas de sinusitis cronica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangrado de la nariz	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Llagas en la boca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangrado en las encias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mal aliento / mal sabor	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Glandulas inflamadas en el cuello	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**CARDIOVASCULAR**

Dolor de pecho / Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Palpitaciones (Latido de corazon irregular)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hinchazon de los pies	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**RESPIRATORIO**

Tos cronica / frecuente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tos de sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sibilancias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**GASTROINTESTINAL**

Perdida de apetito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cambio en las deposiciones (popo)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nausea o Vomito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dirrea frecuente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Deposiciones dolorosas / Estrenimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangrado Rectal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor abdominal / Acidez	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**GENITOURINARIAS**

Urinacion (pipi)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor / ardor al orinar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Incontinencia (mojar los calzoncillos) / Gotear	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Calculos renales (piedras en los rinones)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas Sexuales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**MUSCULOSQUELETICO**

Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Rigidez/ hinchazon en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Debilidad en los musculos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor en los musculos / calambres	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Manos o dedos frios/pies o dedos de los pies	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**INTEGUMENTARIO**

Sarpullido o picazon	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cambios en el color de piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cambios en el cabello o las unass	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Venas varicosas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lunares excesivos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Exposicion excesiva al sol	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lesiones o llagas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**NEUROLOGICO**

Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Aturdido / mareado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Colvulsiones / ataque	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Entumecimiento o hormigeo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Temblores / sacudidas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Paralisis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Lesion en la cabeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**PSIQUIATRICO**

Perdida de memoria / confusion	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Nervios / Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tristeza	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Insomnio / no poder dormir	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**ENDOCRINO**

Problemas de glandulas o hormonas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Resequedad de la piel	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sed o ganas de orinar excesivas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sentir mucho frio/calor (sofocos, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**HEMATOLOGIO / LINFATICO**

Dificultad para sanar heridas / lesiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangrado o moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Flebitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Transfusiones de sangre en el pasado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Agrandamiento de las glandulas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**OTRO**


## HISTORIAL FAMILIAR

	Problemas de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerte		Problems de Salud	Edad	Fallecido		Causa de Muerta
Padre			Si	No		Ninos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Madre			Si	No		Ninos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Ninos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Ninos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuela Materna			Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuelo Materna			Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuela Paterna			Si	No	
Hermanos		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si	No		Abuelo Paterna			Si	No	

## SOLO HOMBRES

Por lo regular se levanta a orinar en la noche?	If yes, # of times _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Siente dolor o ardor al orinar??		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Hay sangre en su orina?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Siente una secreción ardiente del pene?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha disminuido la fuerza de su orina?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido alguna infección del riñon, vejiga, o prostata durante los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Esta teniendo problemas para vaciar su vejiga completamente?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dificultad con erección o la eyaculación?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cualquier dolor o hinchazón testicular?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Fecha del ultimo examen de la prostata o rectal?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Usted es sexualmente activo? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Numero de embarzos _____ Numero de partos vivos _____ Periodos abundantes, irregularidad, manchado, dolor, o secreción?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Está embarazada o dando pecho?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido un D&C (Dilatación y Curetaje), histerectomía, o Cesárea?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido una infección del tracto urinario, vejiga o riñon en el último año?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Sangre en la orina?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas con el control de la orina?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Siente sofocos o sudor nocturno?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Tiene usted tensión menstrual, dolor, hinchazón, irritabilidad, o otros sintomas en o alrededor del tiempo de su menstruación?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha experimentado sensibilidad en los senos, bultos, o secreción del pezon recientemente?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Flujo vaginal?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Usted es activo sexualmente? En caso afirmativo con Hombre/Mujer/Ambos? - Male Female Both?-		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido mas de una pareja sexual en el último año?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**Si el paciente es menos que 18 años de edad- porfavor complete esta sección**

<b>Escuela</b>	<b>Grado Escolar</b> _____		
<input type="checkbox"/> A/C Elem	<input type="checkbox"/> A/C Junior High	<input type="checkbox"/> A/C HS	<input type="checkbox"/> Beardstown HS
<input type="checkbox"/> Beardstown Grand	<input type="checkbox"/> Beardstown Gard	<input checked="" type="checkbox"/> Beardstown Jr. High	<input checked="" type="checkbox"/> BCA
<input type="checkbox"/> Virginia Elementary	<input type="checkbox"/> Virginia Jr. High	<input type="checkbox"/> Virginia HS	<input checked="" type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Alternative	<input type="checkbox"/> Pre-Escolar (Nombre) _____		

\*Este niño vive en el Condado Cass? No Si

\*Este niño atiende una escuela en el Condado Cass? No Si

\*Este niño es un hermano/a de un estudiante de la escuela del Condado Cass? No Si

**Apellido de soltera de mama:** \_\_\_\_\_

Yo, como el representante/ padre/ tutor autorizado de este paciente, autorizo a las siguientes persona(s) para transportar, acompañar, autorizar y dar su consentimiento a cualquier radiografía, examen, medico, dental, psiquiatrico, o diagnostico psicológico o tratamiento que sea proporcionado por el personal de CCHC/CCDC. Todos los proveedores pueden discutir el cuidado de el paciente con las siguientes persona(s).

_____	_____	_____	_____
<b>Iniciales</b>	<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>#Telefono</b>
_____	_____	_____	_____
<b>Iniciales</b>	<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>#Telefono</b>
_____	_____	_____	_____
<b>Iniciales</b>	<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>#Telefono</b>

Este paciente (12 años o mayor) y puede presentarse y recibir diagnósticos, tratamiento, yinstrucciones sin supervisionadicional.

**Iniciales**  
\_\_\_\_\_ SOLAMENTE yo

**105 ILCS 129:** <http://www.ilqa.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2935&ChapterID=17>

El Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CSSHC) consiste en una asociación fluida de agencias locales confiables dedicadas a la salud y el bienestar de su hijo. La sociedad incluye; Un médico, enfermera practicante o asistente médico, dentista, higienista dental, enfermera y consejero de salud mental estándares disponibles, según los horarios, para proporcionar atención primaria de salud, atención dental, servicios psicosociales y consultas nutricionales a TODOS los estudiantes inscritos.

Los servicios disponibles pueden incluir, pero no están limitados a:

1. Examen físico, evaluaciones de salud, detección de problemas de salud
2. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
3. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
4. Educación y promoción de la salud. Se ofrecerán talleres de promoción / prevención de salud de alcance
5. Inmunizaciones
6. Promoción de bienestar que incluye dejar de fumar, nutrición, control de peso
7. Atención de salud reproductiva que incluye: exámenes ginecológicos con frotis de PAP, educación sobre enfermedades de transmisión sexual, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH / SIDA, asesoramiento / pruebas y servicios de anticoncepción
8. Pruebas de laboratorio que incluyen cultivos de garganta, hemogramas completos, puntos mono, etc.
9. Servicios de asesoramiento de salud mental
10. Examen dental y tratamiento
11. Referencias a otras agencias de vinculación para servicios no provistos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass

**410 ILCS 210/1, et seq.** <http://www.ilqa.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1539&ChapterID=35>

**CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTORES**

El niño antes mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CSSHC) ubicado en el Condado de Cass Illinois, por sus proveedores contratados. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que pueden proporcionarse. También entiendo que un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois autoriza a autorizar en su nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que aunque me alientan a estar presente para las citas, no es necesario y que al firmar a continuación, estoy autorizando al Centro de Salud a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Además, entiendo que bajo la ley de Illinois, un menor de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a ciertos servicios de salud y no se requiere el permiso de los padres para dichos servicios.

Doy mi consentimiento para que se divulgue información médica relevante y registros médicos relacionados con los tratamientos al School Health Center y sus socios colaboradores para facilitar las necesidades de salud de mi hijo. Además, autorizo al Centro de salud escolar a divulgar información sobre el tratamiento de mi hijo a terceros pagadores u otros para la facturación, la gestión del programa y la evaluación de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales con respecto a la confidencialidad.

Entiendo que si mi hijo tiene 12 años o más, pueden recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias en el CSSHC sin mi consentimiento. Según 405 ILCS 5 / 3-5A-105 (a), pueden recibir hasta ocho sesiones de 90 minutos para servicios de salud mental. Por ley, un niño menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres.

Esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque específicamente por escrito.

⇒ _____	_____	⇒ _____	_____
<b>Firma de Representante / Padre / Tutor</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma de Paciente (12 años o mayor)</b>	<b>Fecha</b>
*Su nombre escrito aquí es su firma electrónica		Office Use Only: <input type="checkbox"/> Certification of Unaccompanied Minor Status	

**Cass County Health Department Authorization**  
**Departamento de Salud del Condado de Cass Autorización**  
**Cass County Health Department Authorization**

<b>Patient's Name - PLEASE PRINT</b> El Nombre del Paciente Nom du Patient – LETTRE MOULÉES	<b>Patient's Date of Birth</b> Fecha de Nacimiento del Paciente Date de naissance du patient	<b>Patient's Street Address</b> La Dirección del Pacient Adresse du Patient	<b>City</b> Ville	<b>State</b> État	<b>Zip Code</b> Code postal
---	--	---	----------------------	----------------------	--------------------------------

I hereby authorize the use or disclosure of protected health information about me as described below.  
 Yo por la presente autorizo el uso y revelación de la información protegida de salud acerca de mí describieron como abajo.  
 Par la présente, j'autorise l'utilisation ou divulgation d'informations protégées sur ma santé tel que décrit ci-dessous.

I authorize Cass County Health Department to disclose:  
 Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes:  
 J'autorise le Cass County Health Department à divulguer:

- Physical / Dental Exam;** Examen Físico / Dental; Examen physique / dentaire
- TB Skin Test;** Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose
- Vision / Hearing Screen;** Exam Vista/ del Oído; Test de la vue / d'audition
- Lead Screen;** Examen del Plomo; Test de plomb  **Immunization Record;** Vacunas; Carnet de vaccination
- Hemoglobin /Hematocrit test;** Cheque del hierro en su sangre; Test d'hémoglobine /hématocrite
- Appt Date & Time;** Fecha/Hora de las citas; Date de rendez-vous & Heure  **Other;** Otros; Autre: \_\_\_\_\_

TO: (check one); Información puede ser revelada a: (cheque uno); À: (check one)  **A-C Central School District;** Distrito de la Escuela de A-C Central  **Beardstown Christian Academy;** Escuela de Beardstown Christian Academy  **Beardstown School District;** Distrito de la Escuela de Beardstown  **Trinity Lutheran School;** Escuela de Trinity Lutheran  **Virginia School District;** Distrito de la Escuela de Virginia  **Other;** Otros; Autre: \_\_\_\_\_

The information may be used or disclosed for each of the following purposes: For the maintenance of school records /  
**Verification of excused absences**  
 Esta información puede usarse y ser revelada para cada uno de los propósitos siguientes: Para conservar los registros de escuela / Para comprobar la ausencia dispensada de la escuela  
 L'information peut être utilisée ou divulguée dans le but suivant: Pour la mise à jour des dossiers scolaires /Pour la verification d'absences

I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person(s) or class of person(s) receiving it and no longer protected by the federal privacy regulations.  
 Entiendo que la información usada o revelada puede ser revelado otra vez por la persona(s) o la clase de persona(s) lo recibiendo y que no protegido por las regulaciones federales de la confidencialidad.  
 Je comprends que l'information utilisée ou divulguée peut être sujet à une re-divulgation par la (les) personne(s) ou classe de(s) personne(s) recevant ces informations et ne sera plus protégé par les régulations fédérales privées.

I understand that I may revoke this authorization by notifying the Privacy Officer in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by Cass County Health Department in reliance on it before I revoked it.  
 Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al Oficial de la Confidencialidad al escribirle de mi deseo para revocarlo. Sin embargo, yo entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún afecto en acciones tomadas por el Departamento de Salud antes de yo lo revoqué  
 Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant l'Officier sur la vie privée par écrit . Toutefois, Je comprends que si je révoque cette autorisation, il n'y aura aucune conséquence sur les actions prises par le  
 Cass County Health Department en dépendance avant révocation.

I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.  
 Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni mi elegibilidad para beneficios.  
 Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas mon abilité d'être traité ou paiement ou mon éligibilité pour avantages.

I understand this authorization will expire on (check and complete one):  \_\_\_\_\_,20\_\_\_\_,or  Upon withdrawal from school or high school graduation.  
 Entiendo que la autorización expirará en (cheque y completará uno):  \_\_\_\_\_,20\_\_\_\_,or  En el acontecimiento de la graduación de la preparatoria, la terminación del nivel más alto del grado ofreció (para esos no ofreciendo graduación de la preparatoria), o dejan de asistir en la escuela.  
 Je comprends que cette autorisation expirera (cochez et complétez):  \_\_\_\_\_,20\_\_\_\_,ou  -Lors du retrait de l'étudiant (enfant) de l'école ou lors de la graduation.

This form must be fully completed before signing  
 Esta forma debe ser completada antes de firmar  
 Ce formulaire doit être complété complètement avant d'être signé

<input checked="" type="checkbox"/>	Signature of Patient or Legal Guardian La Firma del Paciente o Representante Personal Signature du Patient ou Gardien legal	Date of Signature La Fecha de la Firma Date de la signature	PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization if not Patient Nombre del Representante Personal(Si es aplicable) Le nom de la personne qui signe cette autorisation si ce n'est pas le patient
-------------------------------------	---	---	--