

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEGUNDA INICIAL: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Sexo asignado al nacer:  masculino  femenino

Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no divulgar
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbian/gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algomás <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Elige no divulgar

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): \_\_\_\_\_  
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

**Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos especiales / Compartir información**

El correo electrónico y los mensajes de texto nos permiten intercambiar información de manera eficiente. Al mismo tiempo, reconocemos que el correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro, ya que estos mensajes pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión. Si desea que le enviemos correos electrónicos o mensajes de texto que contengan su información de salud, proporcione la siguiente información para autorizar a CCHD a comunicarse con usted y otros proveedores de atención médica para su atención y tratamiento médicos.

\*\* Complete lo siguiente solo si la correspondencia de correo electrónico / texto está siendo autorizada:

Correo electrónico para enviarme información: \_\_\_\_\_ Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: \_\_\_\_\_

\*Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.

<b>SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO</b> _____ <input type="checkbox"/> Dr. Royeen <input type="checkbox"/> Dr. Curry <input type="checkbox"/> Emily Eichelberger NP <b>TU DENTISTA</b> _____ <input type="checkbox"/> Dr. Watson
--

<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> No Hispano / No Latino <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Desconocido/ No Reportado	<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negado
---	---

**Estado Civil:**  Soltero  Casado  Legalmente Separado  Divorciado  Viudo

**Es usted estudiante?**  No  Si **Veterano?**  No  Si **Trabajador migrante?**  No  Si

**Viviendas:**  Dueño  Renta  Publicas/ Basado- en Ingresos  Viviendo con amigos/ Familia  Sin hogar

**Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar?** \_\_\_\_\_ **Tamaño de familia** \_\_\_\_\_  
 Negarse a Reportar

**El paciente necesita interprete?**  No  Si Español / Frances / Lenguaje de señas

**Si el paciente es menor de 18 anos, el padre o guardian necesita interprete?**  
 No  Si Español / Frances / Lenguaje de señas

**El paciente tiene un poder notarial para atención medica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte?**  No  Si \*En caso afirmativo, porfavor proporcione una copia.

**INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE**\*Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  
 Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA:** Marcar todo lo que aplique

Medicaid  Allkids  Medicare  Seguro Privado  Autopago  Descuento

Nombre del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_

Seguro Social del Titular de la Poliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Numero Telefonico del Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de **Seguro Medico:** \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Nombre de **Seguro Dental:** \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_ Numero de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductal /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 Conductal / 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 Conductal / 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/ CSHC/ CCDC sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

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

**Firma de Cliente (o padre):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Como escuchaste de nosotros?**  Periodico  Amigo/ Familia  Cartel  Radio  Otro \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

### **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 Medicaid serán 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 Colecciones y yo ser responsable 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**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**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.

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Numero de Telefono</b>

** Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**Por favor complete este formulario si es un Paciente De Medicare**

**PACIENTES DE MEDICARE -MSP**

Estoy recibiendo Medicare basado en: Edad Discapacidad  Enfermedad Renal Etapa Terminal

Estoy empleado actualmente: No Si

Nombre y dirección de mi empleador: \_\_\_\_\_

Mi cónyuge esta actualmente empleado: No Si

Nombre y dirección de empleador: \_\_\_\_\_

Usted tiene cobertura de un Plan de Salud Grupal basado en su empleo o en el de su cónyuge?

No Si-Ambos Si-Mi mismo Si- Cónyuge

**FORMULARIO PARA FIRMA DE MEDICARE DE POR VIDA PARA**

**PERMISO DE PAGO PARA BENEFICIOS DE MEDICARE A LA CLÍNICA DE SALUD DEL CONDADO CASS**

Yo solicité pago de beneficios autorizados de Medicare en mi nombre por los servicios proporcionados a mi por la Clínica de Salud del Condado Cass. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica o otra información sobre mi que sea liberada a Medicare y sus agentes. Cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios relacionados a los servicios.

⇒ **Firma del Paciente :** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

O si el paciente no puede firmar en letra de imprenta:

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Representante / Padre / Tutor**  
**Y RELACION**

⇒ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de Representante / Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FDN:** \_\_\_\_\_

**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 type="checkbox"/> Beardstown Jr. High	<input type="checkbox"/> BCA
<input type="checkbox"/> Virginia Elementary	<input type="checkbox"/> Virginia Jr. High	<input type="checkbox"/> Virginia HS	<input 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 supervisiónadicional.

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

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

El Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) 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.ilga.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 (CCSHC) 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 CCSHC 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.

⇒ \_\_\_\_\_  
**Firma de Representante / Padre / Tutor**

\_\_\_\_\_ **Fecha**

⇒ \_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente (12 años o mayor)**

\_\_\_\_\_ **Fecha**

Office Use Only:  Certification of Unaccompanied Minor Status

CASS COUNTY HEALTH DEPARTMENT

CASS COUNTY HEALTH / DENTAL / BEHAVIORAL HEALTH / SCHOOL HEALTH CENTER

SPA10/18