

Adolescent Medicine & Student Health Services
Formulario de registro y permiso

Información del paciente

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____

Teléfono del domicilio _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Sexo _____ Identidad de género _____ Pronombre preferido _____ Raza _____

Idioma preferido _____ Necesita intérprete ☐ Sí ☐ No Religión _____

Educación ☐ Pública ☐ Privada ☐ Educado en casa ¿Dónde? _____

Información del garante (padre / tutor legal)

Proporcione la documentación de custodia o los acuerdos de asignación si corresponde

Primer padre/tutor Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del domicilio _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Segundo padre/tutor Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del domicilio _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Estado civil de los padres ☐ Solteros ☐ Pareja de hecho ☐ Casados ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Viudos

Si están separados, ¿Cuál es el estado de custodia de los padres? _____

Información de cobertura

Seguro _____ Nombre del titular de la póliza _____

ID del suscriptor _____ N° de grupo _____ Fecha de vigencia _____

Contactos de emergencia *(Puede acudir a las citas con el paciente con el formulario de consentimiento firmado)*

Primer Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Segundo Nombre _____ Teléfono _____ Relación con el paciente _____



Adolescent Medicine & Student Health Services Formulario de registro y permiso

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre Fecha de nacimiento

- ☐ **Consentimiento para el tratamiento:** El objetivo de este consentimiento es obtener el permiso de los padres o tutores legales del paciente para prestar servicios de atención médica. Excepto en aquellas pocas situaciones en las que las leyes estatales o federales les permiten a los menores acceder al tratamiento y aceptar el mismo sin el consentimiento del padre o del tutor legal, Adolescent Clinic debe contar con el consentimiento escrito y firmado por el padre o el tutor legal antes de prestar servicios de atención médica al estudiante.

Con la siguiente firma, solicito y autorizo que el paciente:

- (1) **reciba servicios de atención médica que preste y considere necesarios Adolescent Clinic, que pueden incluir entre otros, a la administración de medicamentos, el tratamiento de lesiones y enfermedades agudas, los controles de salud y la vacunación;**
- (2) **sea remitido a otros profesionales para recibir atención y transporte de emergencia a otros proveedores de atención médica, según considere necesario Adolescent Clinic; y**
- (3) **participe en encuestas de forma voluntaria.**

- ☐ **Dar el consentimiento para la revelación de registros:** Los registros que mantiene Adolescent Clinic son "registros de educación" y como tales, se rigen por La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA). El objetivo de este consentimiento es obtener el permiso, conforme a FERPA, de los padres, el tutor legal, o el Estudiante, si el Estudiante tiene al menos 18 años, compartir los registros de educación del Estudiante relacionados con los servicios de atención médica que preste Adolescent Clinic.

Con la siguiente firma, solicito y autorizo a Adolescent Clinic a:

- (1) **compartir información relacionada con los servicios de atención médica que se presten al paciente al tercero pagador correspondiente para hacer los pagos; e**
- (2) **intercambiar información incluida en el Formulario de Salud de Ingreso a la Escuela, y las vacunaciones correspondientes y el examen físico para el ingreso a la escuela del paciente, para cumplir los requerimientos de vacunación de la Mancomunidad de Virginia.**

Los consentimientos indicados antes se autorizan por el período de tiempo que el Estudiante está inscripto en _____. Puedo retirar cualquiera de los consentimientos, o ambos, en cualquier momento. El retiro de cualquiera de los consentimientos debe comunicarse por escrito a Adolescent Clinic. Comprendo que incluso si yo, como padre o tutor legal del paciente, retirase el consentimiento para que el paciente pudiera recibir servicios de atención médica en Adolescent Clinic, el paciente aún podría recibir tratamiento en aquellas situaciones en las que la ley federal o estatal permite a los menores acceder al tratamiento y aceptar el mismo, sin el consentimiento del padre o del tutor legal.

Firma del paciente

Fecha

Firma del paciente (o del tutor legal)

Fecha

