

<b>1. Seguro Social #</b>	<b>Nombre Legal*</b>	<b>2. Primero</b>	<b>3. Inicial de segundo nombre</b>	<b>4. Apellido</b>	<b>5. Nombre Preferido:</b>

**5. Sexo al nacer ( seleccione uno )\***  Femenina  Masculino  Elijo no responder  
*\*StayWell reconoce una serie de sexos, muchas compañías de seguros y entidades legales lamentablemente no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que ha enumerado en su seguro se deben utilizar en documentos relacionados con seguros, facturación y correspondencia. Si su nombre preferido y pronombres son diferentes a estos, por favor avisenos.*

**Esta información es solo para fines demográficos y no afectará su cuidado. La Oficina de Atención Primaria del gobierno de los Estados Unidos requiere el Centro de Salud StayWell solicitar esta información**

<b>6. ¿Cuál es tu identidad de género?</b>	<b>7. ¿Piensas en ti mismo como:</b>	<b>8. Fecha de Nacimiento:</b> <i>Mes / Dia / Año</i>	<b>11. Raza (Marque todo el que aplique):</b>
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero / Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero / hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Elijo no contestar	<input type="checkbox"/> Hetero <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Elijo no contestar		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / afro americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano (Indígena)/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No denunciado / Rehusó reportar
		<b>10. Estado Civil:</b>	
		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otra _____	

<b>12. (Etnicidad) ¿Te consideras a ti mismo como:</b>	<b>13. Idioma Preferido: (seleccione uno)</b>	<b>14. Estado de Empleo</b>	
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Reportado/Rehusó reportar	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Albanés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Empleado Employer: _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante a medio tiempo Completo grado _____

<b>15. Dirección local :</b>	Calle	Ciudad	Estado	<b>16. Código postal</b>

<b>Dirección de Envió (si es diferente de arriba)</b>	Ciudad	Estado	Código Postal

**17. Correo Electrónico del paciente: Le enviaremos una invitación para configurar el acceso a su registro de salud.**  
 Consulte en recepción para más detalles.

<b>18. Número de teléfono:</b>	<b>19. Numero de Celular:</b>	<b>20. Numero de Trabajo:</b>	<b>21. Numero preferido para usar:</b>
Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se puede dejar mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
			<b>22. Método de comunicación preferido:</b>
			<input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico

**23. Persona responsable por la factura (Complete si es diferente del paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social : \_\_\_\_\_

Relación al paciente: (**marque uno**)  Esposo  Padres o Guardian Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

<b>24. Ingresos y tamaño del hogar.</b> Esta información es solo para fines de informes de subvenciones y UDS. Nunca se informa información de identificación personal. <b>Esta sección nos ayuda a recibir fondos para brindarle atención.</b>			
¿Cuántas personas viven en su hogar? _____			
¿Cuál es el ingreso total para su hogar? \$ _____ Semanal / Mensual / Anual <input type="checkbox"/> Elijo no responder			
<b>25. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? (Seleccione uno )</b>			
<input type="checkbox"/> Vivo en mi casa que alquilo, arrendamiento o propio. ( <b>No Homeless</b> ) <input type="checkbox"/> Me estoy quedando con amigos y / o familiares extendidos de manera temporal ( <b>Doubling-up</b> ) <input type="checkbox"/> Vivo en una instalación pública o privada que proporciona refugio temporal (refugio, misión, motel, ocupación de habitación individual) ( <b>Transicional</b> ) <input type="checkbox"/> Me liberaron de una institución (cárcel u hospital) sin vivienda estable. ( <b>Homeless</b> ) <input type="checkbox"/> Vivo en la calle, en un automóvil, en un parque, en una acera, en un edificio abandonado u otra situación inestable no permanente. ( <b>Street</b> ) <input type="checkbox"/> Vivo en un ambiente de cuidado de crianza. ( <b>Other</b> )			
			<b>Vivienda Publica?:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>26. ¿Eres refugiada/o?</b>	<input type="checkbox"/> Si ; <b>País de Nacimiento:</b> _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder		
<b>27. Estado de Veterana/o?</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>28. Eres migrante o trabajadora de temporada/o ?</b>	<b>Si es así, ¿eres tú?</b> <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Trabajadora de temporada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder		
<b>29. ¿Cuál es su seguro primario?</b>		<b>30. ¿Cuál es su seguro secundario?</b>	
<input type="checkbox"/> Medicaid/ HUSKY - ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare - ID# _____ <input type="checkbox"/> Nombre del seguro privado: _____ <b>ID#: _____ Group#: _____</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento		<input type="checkbox"/> Medicaid/ HUSKY - ID# _____ <input type="checkbox"/> Medicare - ID# _____ <input type="checkbox"/> Nombre del seguro privado: _____ <b>ID#: _____ Group#: _____</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento	
<b>Cobertura de seguro adicional:</b> Nombre del seguro _____ ID#: _____			
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento			
<input type="checkbox"/> Ninguno / Sin seguro ( <b>Self-Pay</b> )                      Pregunte sobre nuestro programa de descuento de tarifa variable.			
<b>Nombre del Contacto de Emergencia:</b>	<b>Número de Teléfono</b>	<b>Relación con el paciente</b>	
<i>Si tiene menos de 19 años, el Departamento de Salud Pública requiere que proporcione información de contacto de padres / tutores</i>			
<b>Nombre del Padre /tutor:</b>	<b>Número de Teléfono</b>	<b>Relación al paciente</b>	
<b>StayWell Health Center</b> enviará cierta correspondencia, como facturas, a su dirección postal. ¿Cómo preferiría recibir otros tipos de correspondencia escrita?( <i>seleccione uno</i> ) <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Otro(recoger)			
<b>Nombre y dirección de la farmacia:</b>		<b>Número de teléfono de la farmacia</b>	
<b>¿Requiere algún alojamiento especial?</b>			

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratamiento:** Por la presente, doy permiso al médico tratante de StayWell y / u otro personal médico / odontológico profesional para que nos trate a mí y a cualquier miembro de la familia en busca de atención médica de rutina / dental / conductual. En situaciones de emergencia cuando no se puede comunicar con usted, doy permiso para que mis dependientes menores reciban tratamiento por la afección de emergencia. Como parte de su procedimiento o pruebas, los pacientes pueden someterse a pruebas de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y dichas pruebas son voluntarias y usted puede optar por no hacerse la prueba.

**Asignación de beneficios:** autorizo al personal de StayWell a prestar los servicios que considere necesarios para mí o para mi hijo. Por la presente, autorizo la divulgación de toda la información necesaria a las compañías de seguros u otros pagadores, y asigno a StayWell Health Center el derecho a reclamar y cobrar los beneficios del seguro. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios hospitalarios / clínicos (o médicos) al hospital / clínica (o médicos) que amueblan los servicios, y autorizo a SWHC a presentar reclamos a posibles terceros pagadores por mí.

**Pago por cuenta propia:** entiendo que si mi plan de salud no considera a SWHC ni a ningún otro proveedor bajo contrato con ellos, un proveedor participante, los cargos incurridos serán pagados por mí. Además, acepto aceptar la responsabilidad financiera total para el pago de los cargos. Además, si las reclamaciones por daños y perjuicios surgen como resultado de las lesiones por las cuales recibo tratamiento, autorizo a mi abogado / agente a pagar todas las facturas pendientes de pago médico-dental-de salud del comportamiento adeudadas a SWHC relacionadas con las lesiones de cualquier producto que Recibo de un tercero.

**NO deseo solicitar el programa de descuento de tarifa móvil StayWell en este momento. Se me ha dado la oportunidad de presentar una solicitud para el Programa de descuento de tarifa móvil StayWell y entiendo que aún puedo presentar una solicitud en el futuro.**

**Aviso de prácticas de privacidad:** El Aviso de prácticas de privacidad de StayWell describe cómo se puede usar y divulgar su información médica protegida. La información médica protegida es cualquier información sobre usted que se relacione con su salud física o mental pasada, presente o futura, así como con los servicios de atención médica relacionados. Este Aviso también describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. **Por ley, estamos obligados a proporcionarle nuestro AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

**Reconocimiento de la Notificación de prácticas de privacidad:** Por la presente, reconozco que he recibido una copia de la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de StayWell y los DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES. Entiendo que si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo comunicarme con el Oficial de Privacidad de StayWell. Además, entiendo que la práctica me ofrecerá actualizaciones de este AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD en caso de que se modifique, modifique o cambie de alguna manera.

**Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de pariente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only</b> Reviewed By: _____ Date: _____
---

**FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL CENTER DE SALUD STAYWELL  
BASADOS EN LA ESCUELA**

**(Favor de marcar la escuela que asiste su hijo/a)**

Driggs Elementary School -  Crosby High School -  Wallace Middle School -  Wilby High School -  North End Middle School

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>	<b>GRADO:</b>	<b>NOMBRE DEL MAESTRO/A Y COLOR DE LA CASA ESCOLAR</b>
<b>Correo electrónico del estudiante:</b>	<b>numero de celular del estudiante (si aplica)</b>	

¿Tiene usted otros niños en esta escuela?  Sí, Nombre y grados: \_\_\_\_\_  No

¿Quién es su pediatra y en que ciudad? \_\_\_\_\_ Número de teléfono de pediatra: ( ) \_\_\_\_\_.

¿Quién es el dentista de su niño/a? \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO/A**

- S  N ¿Su niño/a tiene alergias a medicamentos, alimentos, abejas u otras sustancias?

i o i. Sí, es alérgico a qué? \_\_\_\_\_

ii. Sí, ¿qué tipo de reacción tiene?  erupción  problemas de respiración  otras \_\_\_\_\_

iii. Sí, ¿Su hijo/a requiere un Epi-Pen en la escuela?  Sí  No

iv. Ha usted entregado medicamento y autorización de administrar medicamento a la enfermera de la escuela?

Sí  No
- S  N Su niño/a padece de alguna condición crónica come asma, Diabetes, Anemia de células falciformes, hiperactividad, convulsiones

i o i. Si, ¿Qué son? \_\_\_\_\_
- S  N ¿Tiene su niño/a cualquier problema cardiacos por la cual él o ella necesite tomar antes de trabajos dentales?

i o i. Si, ¿Qué son? \_\_\_\_\_
- S  N ¿Tiene su hijo/a que tomar medicamentos regularmente?

i o i. Si, ¿Qué son? \_\_\_\_\_

ii. Dosis \_\_\_\_\_ que frecuencia \_\_\_\_\_
- S  N ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado o tenido cirugía?

i o i. ¿Por qué? \_\_\_\_\_
- S  N ¿Esta su hijo/a padeciendo de algunos de los comportamientos y síntomas siguientes? Marque todos los que aplican

<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Problemas en la escuela (comportamiento, académicos, sociales)
<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Dificultad con sus compañeros
<input type="checkbox"/> Coraje	<input type="checkbox"/> Comportamientos perjudicial a si mismo/a
<input type="checkbox"/> Dificultad de concentración	<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Otros (por favor especificar): _____	

Es importante completar un nuevo formulario de inscripción cada año. Si hay cambios en el seguro médico de mi hijo/a, en su salud, con medicamentos, vivienda, o números de teléfono entiendo que es mi responsabilidad informar al centro escolar de salud de estos cambios. Si no se recibe un formulario nuevo, entiendo que el medico utilizara la última información disponible en archivo para tomar decisiones de tratamiento. Este Permiso es válido siempre y cuando mi hijo/a asista a esta escuela. Doy permiso para compartir información de mi niño/a con la enfermera de la escuela, personal escolar apropiado y a divulgar información al doctor de cabecera de mi niño/a para la coordinación de atención médica.

**Doy permiso para que mi hijo/a reciba servicios preventivos;**

Medical,  Dental, incluyendo rayos X, y  Salud Mental. (Please check all that apply)

Firma padre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_