



Nombre de la escuela: _____

Grado: _____

Estimada/o madre, padre o tutor: Nuestro Centro de salud escolar se complace en proporcionar servicios médicos y de salud conductual en la escuela de su hijo/a durante el horario escolar. Complete este formulario y pídale a su hijo/a que lo devuelva a la escuela para inscribirlo/a en el programa.

Información del/de la estudiante

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento	
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Número de seguro social	
<input type="checkbox"/> Vivienda pública		<input type="checkbox"/> Sin hogar: Si la respuesta es sí, especifique:		<input type="checkbox"/> Albergue	<input type="checkbox"/> Vivienda compartida	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Otro
Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono laboral	Dirección de correo electrónico	Persona de contacto de emergencia		Número de teléfono de la persona de contacto de emergencia	
Sexo	Idioma	Origen étnico		Raza			
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> No hispano/latino		<input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska			
	<input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativo de otra parte del Pacífico		
				<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra		
				<input type="checkbox"/> No lo indica o se niega a decirlo			
Nombre de la madre/del padre/tutor _____				Fecha de nacimiento de la madre/del padre/tutor _____			

Información del seguro

Seguro médico primario	N.º de identificación del seguro/de Medicaid	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	N.º de seguro social del titular de la póliza

Ingresos

Los ingresos anuales de mi familia son: _____ Cant. total de dependientes en la familia (incluido/a el/la paciente): _____

Doy mi autorización para que mi hijo/a reciba tratamiento y servicios médicos y de salud conductual por parte de los centros de salud escolar de InterCommunity. Entiendo que esta autorización es válida siempre que mi hijo/a esté inscrito/a en el distrito escolar de East Hartford o hasta que yo revoque esta autorización ante el coordinador de programas de los centros de salud escolar de InterCommunity.

Por el presente, autorizo a InterCommunity a usar y divulgar la información médica protegida (incluida la información de salud física y mental) de mi hijo/a para los fines de operaciones de tratamiento, pago y atención médica, incluida la divulgación de dicha información para procesar reclamos a mi compañía de seguros. Autorizo el pago directo de mi compañía de seguros a InterCommunity.

En caso de que el personal capacitado de la escuela, como los enfermeros o auxiliares sanitarios escolares, no estén disponibles para proporcionarle los medicamentos recetados que toma de manera habitual en la escuela, autorizo al personal de InterCommunity a administrarles dichos medicamentos a mi hijo/a.

Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas relacionadas con los servicios que recibe mi hijo/a o para los cuales pueda ser elegible, y acepto recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de InterCommunity a través de la dirección de correo electrónico indicada anteriormente. También puede accederse al Aviso de prácticas de privacidad por medio de www.intercommunityct.org/privacy-practices/.

Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que soy el tutor y custodio legal del/de la estudiante antes mencionado/a. Certifico que lei, entiendo y estoy de acuerdo con cada uno de los párrafos anteriores, y que toda la información proporcionada es verdadera y completa.

Firma _____ Fecha _____

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que InterCommunity podrá verificar la información de este formulario. Entiendo que la información financiera determinará la elegibilidad para el descuento de tarifa gradual del Centro. También entiendo que si intencionalmente declaro falsos ingresos de mi familia, mi hijo/a no será elegible para recibir servicios con descuento. Entiendo que si mi hijo/a no está asegurado/a, mi tarifa se basará en una tarifa gradual. También entiendo que seré financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

Firma _____ Fecha _____

Cualquier información médica protegida divulgada por InterCommunity que incluya información protegida por leyes estatales o federales especiales, como la información relacionada con tratamientos para el abuso de sustancias o con el VIH, se divulgará conforme a esas leyes. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de InterCommunity, que puede encontrar en www.intercommunityct.org/privacy-practices/, para obtener más información. En el Aviso de prácticas de privacidad de InterCommunity también se explica que InterCommunity puede proporcionarles la información médica protegida de mi hijo/a a otros proveedores a través de la función Care Everywhere. Comuníquese con el funcionario de Privacidad de InterCommunity al 860-569-5900 o por medio de compliance@intercommunityct.org para obtener más información sobre cómo optar por esta forma conveniente de compartir la información de su hijo/a con otros proveedores.

Paciente nuevo Paciente establecido Fecha de hoy: _____

Nombre del(los) padre(s) _____

Nombre completo del menor _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Médico del menor _____

Historial Médico del menor Desconocido Sin historial médico importante

Medicamentos actuales:

Alergias a medicamentos:

Reacción:

Este menor ha sido DIAGNOSTICADO con:

ADD/ADHD Edad: _____

Alergias/Rinitis alérgica Edad: _____

Anemia Edad: _____

Asma Edad: _____

Autismo Edad: _____

Trastorno bipolar Edad: _____

Sangrado/Trastorno hemático Edad: _____

Fracturas óseas - Detalles a continuación: _____

Edad: _____

Cáncer - Tipo: _____ Edad: _____

Enfermedad celíaca Edad: _____

Varicela Edad: _____

Estreñimiento Edad: _____

Depresión Edad: _____

Retraso del desarrollo Edad: _____

Diabetes Edad: _____

Infecciones frecuentes del oído Edad: _____

Trastorno estomacal/intestinal Edad: _____

Dolores de cabeza/migrañas Edad: _____

Padecimientos cardíacos Edad: _____

Enfermedades infecciosas Edad: _____

Discapacidad de aprendizaje Edad: _____

Neumonía Edad: _____

Escoliosis (esпина curva) Edad: _____

Convulsiones/Epilepsia Edad: _____

Anemia de células falciformes Edad: _____

Trastornos estomacales Edad: _____

Trastornos de la piel Edad: _____

UTI/Infecciones vejiga Edad: _____

Otra _____ Edad: _____

CIRUGÍAS del menor Ninguna

Apendicectomía Edad: _____

Adenoamigdalectomía Edad: _____

Conductos auditivos Edad: _____

Otra _____ Edad: _____

Otra _____ Edad: _____

Cirugía ocular Edad: _____

Corrección de hernia Edad: _____

Amigdalectomía Edad: _____

HOSPITALIZACIONES del menor

Hospitalización _____ Edad: _____

Hospitalización _____ Edad: _____

Hospitalización _____ Edad: _____

HISTORIAL FAMILIAR del menor: Verificar los diagnósticos dados a los parientes del menor Desconocidos

Favor de marcar parentesco:

M=Madre, F=Padre, S=Hermanos, GM=Abuela, GF=Abuelo, O=Otro

Diagnóstico del familiar	Parentesco con el menor	Diagnóstico del familiar	Parentesco con el menor
<input type="checkbox"/> ADD	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Hipertensión	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Alergias	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Anemia	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Asma	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Retraso mental	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Autismo	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Enfermedad siquiátrica	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Trastorno hemático/Células falciformes	M F S GM GF O	(Depresión, Adicción, etc.)	
<input type="checkbox"/> Cáncer	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> SIDS (muerte de cuna)	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Diabetes	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Embolia antes de 55 años	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Trastorno estomacal/intestinal	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Muerte súbita antes de cumplir 55	M F S GM GF O
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca antes de cumplir 55	M F S GM GF O	<input type="checkbox"/> Otro _____	M F S GM GF O

Social / Ambiental

El menor vive con:

Padre(s): Juntos Separados

Madre

Padre

Pariente _____

Otro _____

Adoptado

¿Viven fumadores en casa con el menor? Sí No

¿Asiste el menor a una guardería? Sí No

¿Hay mascotas en el hogar? Sí No

¿Agua de pozo? Sí No

¿Casa construida antes de 1960? Sí No

Otro _____

Complete la siguiente sección si el menor tiene menos de cinco años o si hubo un embarazo significativo/complicado.

Historial Embarazo/nacimiento: Marque todo lo que corresponda

Mes de inicio de atención prenatal _____

Semanas de embarazo _____

Peso al nacer _____

Cesárea

Vaginal

Complicaciones del embarazo

Infecciones Diabetes Preeclampsia

Alumbamiento múltiple

Otra _____

Complicaciones en parto/Recién nacido

¿Prematuro? ¿Qué tan prematuro? _____

¿Estancia en NICU? ¿Cuánto tiempo? _____

Otra _____

Medicamentos _____

Durante el embarazo, la madre del menor:

¿Fumó? ¿Cuánto? _____

¿Bebió alcohol? ¿Cuánto? _____



InterCommunity, Inc.
281 Main Street, East Hartford CT 06118-1883
Autorización de la HIPAA para utilizar y divulgar información

Tenga en cuenta que se trata de un documento legal y que no se aceptará si no se completa en su totalidad.

Nombre del/de la estudiante: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Grado: _____

Por la presente autorizo a **InterCommunity, Inc.** y a sus representantes ("**InterCommunity**") a **divulgar** la información descrita a continuación para ser **utilizada a los fines de** trabajar con el distrito escolar de East Hartford y su personal en la escuela de mi hijo/a (incluidos, entre otros, los enfermeros de la escuela) para gestionar y coordinar la atención médica y las necesidades educativas de mi hijo/a. A los fines de esta Autorización, si el/la estudiante tiene dieciocho años o más, o está autorizado/a por la ley a firmar este formulario por sí mismo/a, todas las referencias en este documento a "mi hijo/a" se entenderán referidas al/a la estudiante individual.

DIVULGACIÓN PERMITIDA A: La información podrá divulgarse al distrito escolar de East Hartford y su personal en la escuela de mi hijo/a (incluidos, entre otros, los enfermeros de la escuela).

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: La información que se divulgará incluye copias de los registros de los exámenes físicos y las vacunas realizadas por InterCommunity y toda la información médica protegida que InterCommunity determine que es necesario o apropiado compartir con el fin de gestionar y coordinar la atención y las necesidades educativas de mi hijo/a.

La siguiente información se incluirá solo si está marcada:

- Información sobre abuso de sustancias
- Información sobre salud mental
- Información relacionada con el VIH

FECHA, EVENTO O CONDICIÓN EN LA QUE ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRARÁ: Esta Autorización permanecerá vigente siempre que mi hijo/a esté inscrito/a en el distrito escolar de East Hartford y que InterCommunity, Inc. esté administrando el centro de salud escolar, a menos que se revoque antes.

FECHAS DE TRATAMIENTO CUBIERTAS POR ESTA AUTORIZACIÓN: Esta autorización cubre todas las fechas de servicio y autoriza el intercambio continuo de información. Este intercambio expirará en el momento de la revocación de esta Autorización o según lo dispuesto anteriormente para la finalización.

Entiendo que la negativa a otorgar permiso no afectará en modo alguno el derecho de mi hijo/a a obtener tratamiento presente y futuro, excepto cuando la divulgación de dichas comunicaciones y registros sea necesaria para el tratamiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas en función de esta autorización. Entiendo los beneficios y las desventajas razonables de mi decisión respecto a la divulgación de la información especificada anteriormente.

Entiendo que la información utilizada o divulgada por esta Autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales; no obstante ello, si autorizo la divulgación de información relacionada con el VIH, la salud mental o el tratamiento por abuso de sustancias, el receptor tiene prohibido seguir divulgando dicha información sin mi consentimiento específico por escrito, a menos que la ley federal o estatal lo permita.

Firma del/de la estudiante/representante personal _____

Fecha _____

Descripción de la autoridad del representante personal (*p. ej.*, padre/madre) _____

Modificado: 8/1/22

Escriba el Nombre del Cliente/Paciente Fecha de Nacimiento Firma Fecha

Escriba el Nombre del Representante del Cliente Firma del Representante Fecha

Relación/Autoridad legal del Cliente (i.e. padre/guardián legal/tutor de la persona)

USO EXCLUSIVO DEL ADMINISTRADOR

Incapaz de obtener consentimiento por escrito porque: Individuo se negó Situación de tratamiento de emergencia
Individuo no puede firmar debido a incompetencia/ razones médicas Otro: _____

Derechos y Responsabilidades revisados y entregados al cliente.

Firma del Personal y Fecha: _____

Solicitud para Determinar el Precio por Servicios

Los servicios de InterCommunity son apoyados por subvenciones estatales, federales y privadas que nos permiten cobrar menos que los proveedores privados. Sin embargo, los pagos de los pacientes son nuestra fuente de ingreso principal. Por favor, conteste a las siguientes preguntas para que podamos determinar mejor su nivel de tarifas y cobrarle apropiadamente.

Si decide no responder a las preguntas sobre su ingreso, no podremos descontar sus servicios y usted será responsable por el precio total de su visita hoy.

[] Me niego a completar la siguiente información y entiendo que se cobrará el precio completo por mis servicios.

Tienes seguro médico? [] Sí [] No, si tienes seguro cual es el nombre de su plan,

Nombre del Plan Medico _____

Número de identificación _____

Si no tienes seguro, te gustaría solicitar seguro médico? [] Sí [] No

Recibes beneficios de SNAP (cupones de alimentos)? [] Sí [] No

Te gustaría solicitar SNAP (cupones de alimentos)? [] Sí [] No

Tienes menos de 18 años? [] Sí [] No

Información financiera

[] Me sostengo económicamente, mi ingreso semanal es \$ _____ o

Trabajo ____ horas a la semana con un salario de \$ _____ por hora.

[] Mi familia me ayuda económicamente

Nuestro ingreso semanal total es \$ _____

¿Cuántas personas contribuyen a este ingreso? _____

[] Mi pareja o esposo (a) me ayuda económicamente

Nuestro ingreso semanal total es \$ _____

¿Cuántas personas contribuyen a este ingreso? _____

Colección de datos

Toda tu información es confidencial y se utilizará solamente para el propósito de estadísticos.

¿Cual es tu idioma principal? _____

Raza **Marque todo lo que corresponda** Caucásico Afroamericano

Nativo Americano/ Alaskan Asiático Hawaiano/ Isleño pacífico

Yo, _____ auto-certifico que toda la información proporcionada con respecto a mis ingresos y el tamaño de la familia es verdadera.

Firma: _____

Nombre en escrito: _____

Fecha de nacimiento: _____

El paciente fue educado en nuestra escala de honorarios y se ha negado a proporcionar la información requerida.

Verificación de personal: _____

Fecha completado: _____

**** Este formulario financiero tiene que ser completado por los pacientes cada año para calificar para un descuento en los costos de servicios.***