

Seleccione el distrito escolar de su estudiante entre los que se enumeran a continuación:

- Batavia School District 101**
- Bensenville School District 2** (Incluyendo Blackhawk Middle School)
- Community Consolidated School District 93** (Incluyendo Carol Stream Elementary School)
- DuPage High School District 88**
- East Aurora School District 131** (Incluyendo East Aurora High School)
- Elmhurst Community Unit School District 125** (Incluyendo York Community High School)
- Fairmont School District 89**
- Fenton Community High School District 100**
- Glenbard Township High School District 87**
- Indian Prairie School District 204** (Incluyendo Metea Valley High School)
- Joliet Public Schools District 86**
- Joliet Township High School District 204** (Incluyendo Joliet West High School y Joliet Central High School)
- Salt Creek School District 48**
- School District U-46** (Incluyendo Elgin High School y South Elgin High School)
- Valley View School District 365** (Incluyendo Romeoville High School y Bolingbrook High School)
- Villa Park School District 45**
- West Aurora School District 129** (Incluyendo West Aurora High School)
- West Chicago Elementary School District 33** (Incluyendo Lemay Middle School)

Los servicios convenientes para estudiantes incluyen:

- Exámenes físicos y vacunas escolares
- Exámenes físicos deportivos
- Atención de enfermedades y lesiones agudas (por ejemplo, infecciones de oído, dolores de garganta o esguinces musculares)
- Atención de enfermedades crónicas (por ejemplo, asma, diabetes o convulsiones)
- Servicios de salud reproductiva (por ejemplo, asesoramiento sobre abstinencia, problemas menstruales, pruebas de embarazo y de ITS)
- Asesoramiento sobre nutrición y peso.
- Exámenes de bienestar y exámenes de salud de rutina.
- Detección de plomo, pruebas de tuberculosis y otros servicios de laboratorio.
- Educación para la prevención del consumo de tabaco, vapeo, alcohol y drogas.
- Servicios de salud mental para estrés, depresión, apoyo emocional y referencias.

Información del estudiante/paciente:

Nombre de escuela: _____

Número de identificación escolar: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género (Marque uno): Masculino Femenino Intersexual Transgénero Otro: _____Raza (Marque uno): Asiático/isleño del Pacífico Negro/afroamericano Blanco/caucásico Nativo americano/aleutiano Más de una raza Otra: _____ Se niega a responderEtnicidad: Hispano No Hispano Se niega a responder

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ # Teléfono de Casa: _____

#Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Legalmente separado Otro: _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____

Relación con estudiante: _____

Teléfono de Casa: _____ # Teléfono de Trabajo: _____

Doctor o Clínica: _____ # Teléfono: _____

Cobertura Médica: Para ver los planes de seguro dentro de la red, visite <https://www.vnahealth.com/es/plans-insurance-accepted/>

Plan de Medicaid: _____ # de Identificación: _____

Seguro Privado: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha del Nacimiento del Asegurado: _____

Número de Seguro Social/Identificación del Asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Número de Teléfono de la compañía de seguros: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sin Cobertura Médica

Ingreso semanal familiar: \$ _____

Tamaño de la familia (número de personas que dependen del ingreso): _____

Consentimiento: Por la presente doy mi consentimiento para los servicios ofrecidos por VNA Health Care y/o VNA Mobile Health Clinic. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que se brindarán. Además, entiendo que la confidencialidad entre el estudiante/paciente y los profesionales del Centro de Salud se garantizará en áreas específicas designadas por la ley y no se discutirá con los padres/tutores a menos que el estudiante esté de acuerdo. También entiendo que un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois le permite dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. Autorizo el intercambio de exámenes físicos escolares y deportivos e información sobre vacunas entre VNA Health Care y el distrito escolar designado al principio de este documento. Reconozco que se puede intercambiar otra información, según lo permita la ley, entre VNA Health Care y el distrito escolar designado al principio de este documento. Autorizo a VNA Health Care a divulgar información a terceros pagadores para facturación, gestión y evaluación de programas de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales con respecto a la confidencialidad. Esta autorización es válida hasta que la persona cumpla 18 años o hasta que sea revocada enviando una carta por correo a: VNA Health Care, Attn: Medical Records, 400 N. Highland Ave, Aurora, IL, 60506.

Reconocimiento de consentimiento (se requiere firma):

(Padre/tutor legal de estudiantes menores de 18 años)

Fecha

(Estudiantes mayores de 12 años o Paciente)

Fecha