



Formulario de registro y consentimiento del estudiante VNA Health Center at the Jeff Craig Family Resource Center Para los Estudiantes de West Aurora School District 129

Los servicios convenientes para estudiantes incluyen, pero no se limitan a:

- 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, problemas menstruales)
- Asesoramiento en nutrición y estilo de vida saludable
- 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 y del comportamiento para TDAH, estrés, depresión, y apoyo emocional
- Referencias para servicios oftalmológicos, dentales, de asesoramiento familiar y otros servicios

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 responder

Etnicidad: 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

VNA acepta estudiantes sin seguro y ningún estudiante es rechazado por no poder pagar los servicios.

Para ver los planes de seguro dentro de la red, visite <https://www.vnahealth.com/es/plans-insurance-accepted/>
Tenga en cuenta: si tiene un plan HMO, debe consultar a un proveedor dentro de la red para evitar costos de bolsillo.

Marque la casilla junto al tipo de cobertura que se aplica a usted y complete la información requerida.

Medicaid

Nombre de Plan: _____ # de Identificación: _____

Seguro privado/comercial

Nombre de Plan: _____

Nombre del Asegurado (Padres/tutor legal): _____

Fecha del Nacimiento (Padres/tutor legal): _____

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. **Divulgación del Registro Médico del Estudiante:** Autorizo el intercambio de exámenes físicos escolares y deportivos e información sobre vacunas entre VNA Health Care y West Aurora School District 129. Reconozco que se puede intercambiar otra información, según lo permita la ley, entre VNA Health Care y West Aurora School District 129. **Divulgación de Otra Información:** 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