



## Formulario de registro y consentimiento del estudiante VNA Health Center en la East Aurora High School Para los Estudiantes de East Aurora School District 131

### 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 East Aurora School District 131. Reconozco que se puede intercambiar otra información, según lo permita la ley, entre VNA Health Care y East Aurora School District 131. **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