

## Nevada Health Centers, Inc. DEMOGRAFÍA DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

(Toda la información es estrictamente confidencial)

### SECCIÓN A: Demografía del paciente

Apellidos		Primer nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento: / /	
Dirección física		Calle		Depto. #		Ciudad	
				Estado		Código postal	
Dirección postal / Casilla de correo				Depto. #		Ciudad	
				Estado		Código postal	
Teléfono de la casa ( )			Teléfono móvil ( )			Idioma principal: _____	
						Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	
Dirección de E-mail:							
Sexo al nacer:		Género con el que se identifica:		Orientación sexual:		Pronombre(s) preferido(s):	
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay		<input type="checkbox"/> Él, su, de él	
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Heterosexual (ni lesbiana ni gay)		<input type="checkbox"/> Ella, su, de ella	
Género en el presente:		<input type="checkbox"/> Transgénero masculino / femenino a masculino		<input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Ellos, sus, de ellos	
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Transgénero femenino / Masculino a femenino		<input type="checkbox"/> Algo diferente		<input type="checkbox"/> Ze, Hir	
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Me niego a contestar	
<input type="checkbox"/> Indiferenciado		<input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Otro	
¿A cuál de los siguientes grupos usted siente que pertenece?							
<input type="checkbox"/> Indio nativo norteamericano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> De color/Afro Americano		<input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii		<input type="checkbox"/> Me niego a responder	
Nombre de su médico de cabecera							

### SECCIÓN B: Sí, tengo seguro de salud

Información del seguro (Emisor)

Nombre del dueño del seguro tal como aparece en la tarjeta del seguro		Fecha de nacimiento del dueño del seguro	
Nombre y dirección del empleador del dueño del seguro			
Nombre del plan de seguro		ID del suscrito	
		Nombre del grupo / número	
Dirección de la compañía de seguro			

### SECCIÓN C: NO, no tengo seguro de salud

Un consejero financiero se pondrá en contacto con usted para proporcionarle ayuda en la atención médica de su hijo menor de edad, por favor complete la siguiente información:

Nombre		Número telefónico ( )	
--------	--	--------------------------	--

### SECCIÓN D: Información de contacto de emergencia

Nombre					
Dirección física		Calle		Depto. #	
				Ciudad	
				Estado	
				Código postal	
Teléfono de la casa ( )		Teléfono móvil ( )		Teléfono del trabajo ( )	
				Relación con el paciente	

**Nevada Health Centers, Inc.  
PADRES DEL ESTUDIANTE / NOTIFICACIÓN  
DEL TUTOR LEGAL DESIGNADO POR LA CORTE**

**LAS ÁREAS CON DESTACADOR DEBEN COMPLETARSE PARA HACER CITAS Y PARA EL REGISTRO**

Por favor lea cuidadosamente y complete la siguiente declaración tomando conocimiento de que su hijo/hija puede recibir servicios en el Centro de Salud Escolar de Nevada Health Centers (NVHCSBHC).

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Distrito escolar:	
Escuela:	
Curso: <input type="checkbox"/> Pre K <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	

**Tomo conocimiento de que mi hijo/hija/protegido, identificado anteriormente, puede recibir los siguientes servicios en el centro de salud escolar de Nevada Health Centers (NVHCSBHC):**

- Solicitud examen de salud completa
- Exámenes físicos (generales, deportivos, pre-empleo)
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Pruebas para problemas de salud particulares (examen de la vista, hipertensión, etc.)
- El cuidado de ciertas condiciones crónicas tales como asma y problemas de convulsiones
- Inmunizaciones, según se requiera (tétanos, sarampión/paperas, rubeola, etc.)
- Servicios educativos de salud y bienestar individuales
- Exámenes de rutina de laboratorio
- Medicamentos de prescripción (con receta médica)
- Atención por temas físicos comunes pediátricos o adolescentes (peso, acné, problemas menstruales, etc.)
- Test de embarazo\*
- Manejo de control anticonceptivo\*
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual\*
- Pruebas de salud mental
- Cita de seguimiento según se requiera

\* No es aplicable en el distrito escolar del Condado de Clark

**Responsabilidad financiera:** Si usted tiene seguro de salud, Nevada Health Centers le enviará la cuenta a su compañía de seguros. Cualquier copago se le cobrará a usted. Si usted no tiene seguro, un consejero financiero de Nevada Health Centers le contactará para explorar las opciones posibles de ayuda.

**Resumen post visita médica:** Si su hijo o protegido recibe servicios del centro de salud escolar de Nevada Health Centers, usted o el menor recibirá un resumen post visita médica en un sobre sellado.

**Prescripciones:** Todas las prescripciones se realizarán en forma electrónica y se enviarán a su farmacia preferida identificada en el formulario de historial del centro de salud escolar de Nevada Health Centers. Las recetas médicas controladas tendrán que recogerse directamente de la ubicación de NVHCSBHC o de la oficina médica designada de Nevada Health Centers.

**Certifico que he leído esta notificación y que entiendo su contenido.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal *(El estudiante puede firmar si tiene 18 años o más)*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

## Nevada Health Centers, Inc. FORMULARIO DE HISTORIAL DEL CENTRO DE LA SALUD ESCOLAR

(Toda la información es estrictamente confidencial)

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor marque  todas las que correspondan:

ALERGIAS	
<input type="checkbox"/> Sí, por favor marque a continuación:	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Comida:	TIENE
<input type="checkbox"/> Medicamentos:	ALERGIAS
<input type="checkbox"/> Insectos:	DE LAS
<input type="checkbox"/> De la estación:	QUE SEPA
<input type="checkbox"/> A los animales:	

HISTORIA MÉDICA PASADA	
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad al corazón
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas del comportamiento, por favor liste:
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Otro, por favor escriba:
<input type="checkbox"/> Infecciones al oído	
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal	

MEDICINAS QUE TOMA ACTUALMENTE			
Nombre de la medicina	Dosis	Cantidad que toma	Veces al día

FARMACIA COMERCIAL PREFERIDA	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	

Por favor marque  todas las que correspondan:

HISTORIAL FAMILIAR	MADRE	PADRE	HERMANA	HERMANO	ABUELA MATERNA	ABUELO MATERNO	ABUELA PATERNA	ABUELO PATERNO	OTRO, POR FAVOR ESCRIBA
Alcohol / abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de seno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer, tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar crónica obstructiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas siquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre o Tutor legal (los estudiantes pueden firmar siempre y cuando tenga 18 años o más)

Fecha