



Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela

proporcionado por
 Bangor Health Center
 309 S. Walnut St, Bangor, MI 49013
 Teléfono: 269-427-6800, ext. 3032 fax: 269-427-6811

REGISTRO Y CONSENTIMIENTO

Nombre del Niño/Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____
 Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre Apellido
 Masculino Femenino

Dirección: _____ Teléfono: _____

Número de Teléfono del Paciente: _____ Casa Celular Otro: _____

Proporcionar la siguiente información es estrictamente voluntaria y no se requiere para el registro.

Raza:

Caucásico Negro Indio Americano Bi/Multirracial Asiático Otro:

Origen Étnico:

Hispana Árabe No árabe/No Hispano

1^{er} Nombre del Padre/Tutor: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted durante el día? Casa/Celular/Trabajo/Otro (circule uno) ¿Podemos dejar un mensaje? Sí/no (circule uno)

2^{do} Nombre del Padre/Tutor: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted durante el día? Casa/Celular/Trabajo/Otro (circule uno) ¿Podemos dejar un mensaje? Sí/no (circule uno)

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____ Teléfono: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Al firmar este formulario, certifico que soy el tutor legal del paciente mencionado anteriormente y doy mi consentimiento para que el paciente nombrado anteriormente reciba Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela en South Walnut Elementary. Al firmar este consentimiento, usted entiende que su hijo puede buscar atención por su cuenta. Se alienta su participación y los padres siempre son bienvenidos.. El consentimiento para los servicios puede retirarse previa notificación por escrito al Bangor Health Center en cualquier momento.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Por la presente, cedo todos los beneficios médicos directamente a la Autoridad de Salud Mental de la comunidad de Van Buren en mi nombre, para cualquier servicio proporcionado a la persona nombrada anteriormente. Autorizo a cualquier titular de información médica y de otro tipo acerca de mi hijo, a liberar a Medicaid y a sus agentes, cualquier compañía de seguros, a cualquier otro tercero, a la agencia estatal de asistencia médica, o cualquier otro pagador gubernamental o privado responsable de pagar tales beneficios, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados. Autorizo una copia de esta autorización para ser utilizada en lugar del original. Liberar o el intercambio de información para otros fines requerirá un formulario separado de divulgación de información. *Si desea una copia del aviso de practicas de privacidad, notifíquelo a nuestra oficina.*

FIRMA del padre/tutor o paciente: _____ Fecha: _____



Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela

proporcionado por
Bangor Health Center
309 S. Walnut St, Bangor, MI 49013
Teléfono: 269-427-6800, ext. 3032 fax: 269-427-6811

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Todas las visitas de consejería se registran en el expediente médico electrónico y se generará una reclamación al seguro de salud. Aceptamos el pago del seguro como pago total. No facturamos a los pacientes por su parte de la reclamación. Los pacientes sin seguro se sirven sin cargo.

Seguro Primario:

Plan de Seguro Médico: _____

de Contrato/ # Identificación de Miembro: _____ # de Grupo: _____

Empleador: _____ Dirección (si se sabe): _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____ # de Seguro Social: _____

Seguro Secundario:

Plan de Seguro Médico: _____

de Contrato/ # Identificación de Miembro: _____ # de Grupo: _____

Empleador: _____ Dirección (si se sabe): _____

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del Titular de la Póliza: _____ # de Seguro Social: _____

***** Por favor avise a Bangor Health Center de cualquier cambio en la información del seguro *****

Bangor Health Center trata a todos los pacientes elegibles independientemente del sexo, raza, credo, color, religión, origen nacional, orientación sexual, identidad de género o expresiones, o discapacidad.

Los servicios se proporcionan independientemente de la capacidad de pago o el estado del seguro.



Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela

proporcionado por
Bangor Health Center
309 S. Walnut St, Bangor, MI 49013
Teléfono: 269-427-6800, ext. 3032 fax: 269-427-6811

HISTORIA DE SALUD

Por favor llene este Cuestionario de Historial de la Salud para su niño:

Fecha de hoy: _____
 Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Proveedor de atención primaria del paciente: _____
 Fecha del último físico: _____
 Especialista del paciente (ex. cardiólogo, endocrinólogo, psiquiatra, etc.-dejar en blanco si el paciente no ve al especialista): _____

Farmacia preferida: _____

¿Quién vive en el hogar?

Nombre:	Relación:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Medicamentos: Mi hijo no toma ningún medicamento
 Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Razón para tomar: _____ Prescrito por: _____

Alergias: Mi hijo no tiene ninguna alergia a los medicamentos
 Nombre del medicamento: _____ Tipo de reacción: _____

Condiciones de salud del paciente: Por favor, marque sí o no relacionado con la salud del paciente

	Sí	No	Inseguro
Asma	_____	_____	_____
Depresión/ansiedad	_____	_____	_____
Aprendizaje	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Problemas cardíacos/Murmur	_____	_____	_____
Convulsiones/epilepsia	_____	_____	_____



Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela

proporcionado por
 Bangor Health Center

309 S. Walnut St, Bangor, MI 49013

Teléfono: 269-427-6800, ext. 3032 fax: 269-427-6811

Otro (especifica) _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez durante la noche, tuvo lesiones graves, incluyendo lesiones relacionadas con el deporte, o tuvo algún tipo o cirugía?

No: Sí: Si si, ¿qué edad? _____

Problema/tipo de cirugía? _____

Historia Familiar:

Algunos problemas de salud se transmiten de una generación a la siguiente. ¿Usted o los parientes de sangre de su adolescente (padres, abuelos, hermanos o hermanas), vivos o fallecidos, tuvieron alguno de los siguientes problemas?

Historia familiar desconocida Adoptado

	Sí	No	Inseguro	Relación
Alergias/asma	_____	_____	_____	_____
Cáncer (tipo)	_____	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Ataque al corazón o derrame cerebral	_____	_____	_____	_____
<i>Antes de 50 años</i>	_____	_____	_____	_____
Presión arterial alta	_____	_____	_____	_____
Colesterol alto	_____	_____	_____	_____
Enfermedad mental	_____	_____	_____	_____
Migraña	_____	_____	_____	_____
Fumar	_____	_____	_____	_____
Abuso de substancia	_____	_____	_____	_____
Otros (especificar)	_____	_____	_____	_____



Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela

proporcionado por
Bangor Health Center

309 S. Walnut St, Bangor, MI 49013

Teléfono: 269-427-6800, ext. 3032 fax: 269-427-6811

DERECHOS DE PACIENTES

- No puede ser discriminado sobre la base de raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, discapacidad o seguro de salud.
- Usted será tratado con cortesía y respeto por todo el personal del centro de salud.
- Toda la información es **confidencial**. No podemos compartir ninguna información que discutamos con usted, a menos que usted nos dé su permiso, o en circunstancias limitadas, donde estamos obligados o permitidos por ley. Por ejemplo, podemos colaborar con la enfermera de la escuela o el Departamento de Salud para proteger la salud de su hijo/a y la salud de otros niños.
- Usted recibirá la mejor atención posible, podrá hacer preguntas acerca de su atención y tener otras opciones de atención explicadas.
- Usted tiene derecho a rechazar el tratamiento que no desea o no entiende.
- Usted tiene derecho a revisar su expediente del centro de salud.
- Usted tiene derecho a revisar una copia de cualquier factura enviada a su compañía de seguros.
- Si usted piensa que sus derechos han sido violados, debe informar al personal del centro, llamar al oficial de derechos de los receptores de salud mental de Van Buren en 1-888-357-0016 o 269-782-7604, o llamar al representante de servicio al cliente en 269-657-5574.
- Recibirá servicios independientemente del estado de su seguro.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- Cancelar o cambiar su cita de manera oportuna. Alguien más puede necesitar una cita.
- Esté a tiempo para sus citas.
- Dele al centro de salud información actualizada sobre su seguro, dirección, nombre o número de teléfono.
- Díganos si no entiende ningún aspecto de su tratamiento.
- Proporcionar información completa, precisa, honesta sobre su salud para que el personal pueda darle la mejor atención médica posible.
- Siga nuestras recomendaciones y consejos.
- Sea considerado con los derechos de otros clientes y del personal del centro de salud y la propiedad.
- Pague como pueda para ayudar a apoyar los servicios de este centro.
- Dele a su proveedor y al personal del centro de salud respeto y consideración.
- Asegúrese de que entienda, o haga preguntas para aclarar su comprensión de su atención médica.
- Siga con el tratamiento prescrito, incluidas las consultas de seguimiento y los medicamentos, si está de acuerdo con el curso de tratamiento prescrito.
- Analice, de manera oportuna, sus inquietudes con el proveedor o el supervisor del personal si surgen problemas.
- Ser un consumidor de salud consciente de los costos. Esta responsabilidad incluye el uso del centro de salud para obtener exámenes físicos y chequeos deportivos que pueden ayudar a prevenir lesiones o enfermedades innecesarias, así como evitar visitas innecesarias y costosas a la sala de emergencias para los servicios que no son de emergencia.
- Tratar al personal, otros estudiantes y clientes en el centro de salud sin discriminación, independientemente de la raza, credo, color, religión, sexo, orientación sexual, origen nacional, edad o discapacidad.



Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Servicios de Salud Mental Basados en la Escuela

proporcionado por
Bangor Health Center

309 S. Walnut St, Bangor, MI 49013

Teléfono: 269-427-6800, ext. 3032 fax: 269-427-6811

- Estar activo en sus decisiones de atención médica. Esto incluye involucrar a su familia, adulto de confianza o cuidador en cualquier aspecto de cuidado que sienta que beneficiaría su atención.