



Fecha de hoy: _____

REGISTRO DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante: _____

Apellido

Primer

Segundo

Dirección postal: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono (casa): _____ **Teléfono (móvil):** _____ **Otro:** _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ **Edad:** _____ **Nivel de grado :** _____

Información del Seguro Médico

¿Su hijo tiene seguro? ___ Sí ___ No ___ Inseguro

Nombre de la Persona Asegurada: _____ FDN de la Persona Asegurada: _____

Compañía de seguros: _____ ID# Seguros: _____

Número de grupo: _____

Dirección de la compañía de seguros / Teléfono _____

Si es posible, por favor entregue su tarjeta de seguro al médico o asistente para que puedan hacer una copia

Información de salud del estudiante (agregue hojas según sea necesario)

¿Su hijo tiene un médico de cabecera? ___ No ___ Sí (Nombre) _____

¿Su hijo ha visto a su médico de cabecera en los últimos 12 meses? ___ No ___ Sí

Enfermedades crónicas (pasado/presente): _____

Otro historial de salud importante: _____

Medicamentos actuales: _____

Alergias (si tiene): _____

¿Cuánto tiempo ha vivido en su ubicación actual? _____

¿Alojamiento es un problema para usted? _____

¿Qué farmacia usas? _____

A su conocimiento, ¿su hijo está actualmente con sus vacunas? ___ Sí ___ No

Contacto de emergencia

Nombre (#1): _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre (#2): _____ Teléfono: _____ Relación: _____

CARGOS: El seguro médico será cobrado por los servicios recibido por el médico de Cascade Medical en las escuelas del Distrito Escolar Cascade. A ningún estudiante se le negará el servicio debido a la incapacidad de pagar. Cualquier servicio recibido fuera de esta visita, como farmacia, radiología o laboratorio, es responsabilidad del padre o tutor.

NUESTRAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Cascade Medical está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud. Una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Estudiante está disponible a petición poniéndose en contacto con Cascade Medical o discutiendo con el médico. Bajo la ley podemos compartir cualquier información de salud pertinente con las enfermeras de la escuela. La información de salud no se compartirá con ningún otro empleado del distrito escolar sin el consentimiento por escrito del estudiante o de los padres (dependiendo de la edad del estudiante según la ley).

Consentimiento de los padres

He leído y entiendo la información anterior y autorizo a _____ (nombre del estudiante) a recibir servicios de salud física y conductual, incluyendo un examen físico de bienestar recibido por un Profesional Independiente con Licencia de Cascade Medical. Entiendo que Cascade Medical siempre apoya y fomenta la participación de los padres en las decisiones sobre la atención médica de mi estudiante. Autorizo la divulgación de cualquier información médica, conductual y de salud protegida necesaria para procesar reclamos de seguro y autorizar el pago de beneficios médicos por servicios. Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor hasta el final del año escolar actual, hasta que se dé una decisión por escrito para revocar el consentimiento a Cascade Medical, o si un estudiante se retira de la escuela.

Para dar permiso para que su estudiante use los servicios de médicos de Cascade Medical en las escuelas del Distrito Escolar Cascade, firme aquí:

Firma del padre/tutor legal: _____ **Fecha:** _____