



Clínica Satélite Salinas
Calle Diosdado Dones #114 Salinas PR 00751
Tel. (787) 839-4320 Ext. 1400/1408



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DE LAS CLINICAS DE SALUD
*****Este documento contiene dos (2) hojas ó dos (2) caras.**

Escuela _____ **Grado** _____ **Fecha mes / día / año**

Si **No** **Autorizo a mi hijo (a) a participar de la Clínica De Salud Escolar**

Nombre del estudiante _____
 Edad ____ Sexo _____ Fecha Nacimiento **mes / día / año** Lugar de Nacimiento _____
 Seguro Social _____ - _____ - _____ Tel _____ Email _____
 Dirección Postal _____
 Dirección Residencial _____
 Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____
 Tutor o Encargado _____
 Contacto en caso de emergencia _____ Tel _____
 Relación con menor _____

(Debe presentar tarjeta del Plan o copia el día de su cita)

Indique que plan médico tiene No tiene plan Privado Reforma ¿Cuál? _____
 Número Contrato: _____ GMP(Grupo) _____
 Médico Primario: _____
 Asegurado Principal del Plan: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
 ¿Cuándo fue la última vez que visitó al médico?
 Menos de 6 meses ____ Más de 6 meses ____ Otros (mencione) _____
 ¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista?
 Menos de 6 meses ____ Más de 6 meses ____ Otros (mencione) _____
 ¿Alérgico a algún medicamento o alimento? SI NO ¿Cuál? _____

¿Padece su hijo de alguna condición de salud? Mencione: _____

¿Tiene tratamiento médico para su condición de salud? SI NO

¿Qué tratamiento utiliza? _____

De no llevar tratamiento explique ¿Por qué? _____

El profesional de la salud realizará una entrevista individual, la cual cumplirá con las medidas de privacidad y el derecho a la confidencialidad, según lo establece la Ley federal HIPAA. Esto comprende el no divulgar información a terceros cuando no medie su autorización expresa por escrito al respecto. Por la presente certifico que he analizado y comprendido la información contenida en los documentos enviados por el Programa de Salud Escolar del Centro de Servicios Primarios de Salud de Patillas y sus Clínicas Satélite relacionados con los servicios de Salud.

Certifico que he recibido la carta explicativa dirigida a padres/tutores o custodios y esta autorización para que la (profesional de la salud) realice el procedimiento de examen físico y/o Dental y entrevista a mi hijo (a), por entender que los mismos no conllevan riesgo a la salud del menor y que cumplirá con los parámetros de confidencialidad y privacidad correspondientes.

Nombre y Firma del Padre, Madre, Tutor o Encargado

Fecha

IMPORTANTE: Favor de llenar este documento en todas sus áreas y devolverlo al siguiente día al Maestro(a) de Salón Hogar, Enfermero(a) o Trabajador(a) Social.

PARA FINES ESTADISTICOS FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACION

Estado de Hogar Casa propia Residencial Publico Sin Hogar Transitorio Otro _____

Cuántas personas viven el Hogar _____

Ingreso Anual

Elija un promedio circulando la cantidad o escriba la cantidad \$ _____ No deseo reportar

\$0000 - \$4,000	\$20,000 - \$24,000	\$40,000 - \$44,000
\$5,000 - \$9,000	\$25,000 - \$29,000	\$45,000 - \$49,000
\$10,000 - \$14,000	\$30,000 - \$34,000	\$50,000 - \$55,000
\$15,000 - \$19,000	\$35,000 - \$39,000	\$60,000 – en adelante