



School ID # _____

Fecha _____

Informacion del Estudiante/Paciente Estudiante de _____ Grado _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Hombre Mujer

Raza Asiatico/Islas Pacificas Afroamericano Caucásico Nativo Americano
 Raza Mixta Otro _____ Declina

Etnicidad Hispano/Latino No Hispanos Otro _____ Declina

Direccion _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Padre / Guardian _____ # Telefonico/Casa () _____

(Nombre)

Telefonico/Trabajo () _____ Patron (trabajo) _____

Idioma Preferido Ingles Español Otro _____

Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a

Contacto en caso de emergencia _____

(Nombre)

(Relacion al estudiante)

Telefonico Casa () _____ Trabajo () _____

Doctor o Clinica _____ # Telefonico () _____

Aseguranza Medica: Medicaid/Blue Cross Community Medicaid/Harmony Medicaid/Meridian
 Medicaid/Illinois Health Connect

Asguranza Privada: (circulo uno) HMO or PPO Fecha de Nacimiento (Padre/Guardian) _____

Nombre del Asegurado (Padre/Guardian) _____

Numero de Seguro Social/Identificacion del asegurado _____

Patron del Asegurado _____

Numero de Poliza _____ Numero del grupo _____

Direccion y numero telefonico de la compañía de aseguranzas o HMO _____

Ninguna Aseguranza Medica / Ingreso semanal familiar \$ _____

Numero de personas en la familia (numero de personas que dependen del ingreso) _____

Consentimiento: Yo otorgo mi consentimiento para los servicios ofrecidos en VNA Health Care y/o VNA Clinica de Salud Ambulante. Yo he sido informado/a y comprendo la lista de servicios que seran proveidos. Comprendo tambien que la confidencialidad entre el estudiante/paciente y los profesionales del centro de salud sera asegurada en areas especificas designadas por la ley y no seran discutidas con el padre/guardian al menos que el estudiante este de acuerdo. También entiendo que uno de los padres, el tutor legal, o el estudiante que está permitido bajo la ley de Illinois a autorizar por parte de él/ella tiene el derecho a rechazar cualquier servicio del cuidado de la salud. Yo autorizo el intercambio de informacion entre el VNA Health Care y el Distrito 365U, conserniendo estrictamente a los archivos de fisicos de Escuela, Deportes y vacunas solamente. Yo autorizo que el VNA Cuidado de Salud libere infomacioin a terceras personas quienes se encanrgan de cobrar a las aseguranzas, supervisores del programa, para evaluaciones en acuerdo con la ley estatal y federal y las regulaciones tocante a la confidencialidad.

(Padre o guardian para estudiantes menores de 18) Fecha

(Estudiantes mayores de 12 o paciente) Fecha