



Identificación Escolar #: _____

Fecha: _____

Consentimiento: Por la presente doy mi consentimiento para los servicios ofrecidos en el Centro de Salud de VNA en East Aurora High School y/o

Información del Estudiante/Paciente: Estudiante de: _____ Grado: _____				
Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Otro				
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Aleutiano				
<input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a responder				
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Se niega a responder				
Dirección: _____				
Calle		Ciudad	Estado	Código Postal
Padre/Tutor Legal: _____ # Teléfono Casa: () _____				
Nombre				
# Teléfono Trabajo: () _____		Empleador: _____		
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)				
Contacto en caso de emergencia: _____				
		Nombre	Relación con el estudiante	
# Teléfono Casa: () _____		# Teléfono Trabajo: () _____		
Doctor o Clínica: _____ # Teléfono: () _____				
Cobertura de Seguro Médico:				
<input type="checkbox"/> Plan de Medicaid _____		# de Identificación: _____		
<input type="checkbox"/> Seguro Privado: (círcule uno) HMO o PPO Fecha de Nacimiento (Padre/Tutor Legal): _____				
Nombre del Asegurado (Por ejemplo: Padre/Tutor Legal): _____				
Número de Seguro Social/Identificación del asegurado: _____				
Empleador del Asegurado: _____				
Número de Póliza: _____		Número del Grupo: _____		
Dirección y número telefónico de la compañía de seguro: _____				
<input type="checkbox"/> Sin cobertura de seguro Ingreso semanal familiar: \$ _____				
Tamaño de la familia (número de personas que dependen del ingreso): _____				

Consentimiento: Por la presente doy consentimiento para los servicios ofrecidos en el Centro de Salud VNA ubicado en East Aurora Highschool y/o la Clínica de Salud Móvil VNA. He sido informado y comprendo el alcance de los servicios que se proporcionarán. Además entiendo que la confidencialidad entre el estudiante/paciente y los profesionales del Centro de Salud se garantizará en áreas específicas designadas por ley y no se discutirá con el padre/tutor a menos que el estudiante esté de acuerdo. Acepto permitir que VNA Health Care divulgue información personal, médica y de facturación al Distrito Escolar 131 del Este de Aurora. También entiendo que un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois le permite dar su consentimiento en su propio nombre tiene un derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. Esta autorización es válida hasta que la persona cumpla 18 años o hasta que sea revocada por escrito a: VNA Health Care, Attn: Medical Records, 400 N. Highland Ave., Aurora, IL 60506.

(Padre/Tutor legal para estudiantes menores de 18)

Fecha

(Estudiantes mayores de 12 o paciente)

Fecha