VNA Health Care

Formulario de Registro
Romeoville School Based Health Center
En colaboración con **Valley View School District 365U**

Identificación Escolar #:_____ **Fecha:** _____

Información del Estudiante/Paciente: Estudiante de: _____ Grado:_____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento:_____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ Otro

Raza: ☐ Asiático/Isleño Pacífico ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Nativo Americano/Aleutiano ☐ Raza Mixta ☐ Otro: _____ ☐ Se niega a responder

Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No Hispano ☐ Se niega a responder

Dirección:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Padre/Tutor Legal: _____ # Teléfono Casa: ( ) _____
Nombre

Teléfono Trabajo: ( ) _____ Empleador:_____

Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a)

Contacto en caso de emergencia: _____
Nombre Relación con el estudiante

Teléfono Casa: ( ) _____ # TeléfonoTrabajo: ( ) _____

Doctor o Clinica: _____ # Teléfono: ( ) _____

Cobertura de Seguro Médico:

☐ Plan de Medicaid: _____ # de Identificación: _____

☐ 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 teléfonico de la compañia de seguro:_____
_____

☐ Sin cobertura de seguro Ingreso semanal familiar: $_____

Tamaño de la familia (número de personas que dependen del ingreso):_____.

☐ Si, mi hijo(a) puede participar en el programa de botanas después de las escuela de VNA Health Care. Los bocadillos pueden tener uno a más alérgenos incluyendo trigo, soya, huevo, productos lácteos, o nuces.

Consentimiento: Por la presente doy consentimiento para los servicios ofrecidos en el Centro de Salud VNA ubicado en 160 N. Independence Blvd, Romeoville 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 365U de Valley View. 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 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