



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:	Nombre: _____		# Teléfono Casa: () _____	
# 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