



Identificación Escolar #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Información del Estudiante/Paciente:</b>		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"/> Raza Mixta	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Aleutiano
Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Se niega a responder
Dirección: _____			
	Calle	Ciudad	Estado
			Código Postal
<b>Padre/Tutor Legal:</b>	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)
<b>Contacto en caso de emergencia:</b>	Nombre: _____	Relación con el estudiante: _____	
# Teléfono Casa: ( ) _____		# Teléfono Trabajo: ( ) _____	
<b>Doctor o Clínica:</b>	Nombre: _____	# Teléfono: ( ) _____	
<b>Cobertura de Seguro Médico:</b>			
<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. Reconozco que se puede intercambiar otra información, según lo permita la ley, entre VNA Health Care y el 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