



# Registration Form

VNA Health Center & VNA Mobile Health Clinic  
in Collaboration with East Aurora School District 131

School ID #: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Student/Patient Information:** Student at: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  Male  Female  
 Transgender  Other

Race:  Asian/Pacific Islander  Black/African American  White  Native American/Aleutian  
 More than one race  Other: \_\_\_\_\_  Decline to Report

Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  Decline to Report

Address: \_\_\_\_\_  
Street City State Zip

**Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_ Home Phone #: ( ) \_\_\_\_\_  
Name

Work Phone #: ( ) \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Preferred Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

Marital Status:  Single  Married  Divorced

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_  
Name Relationship to Student

Home Phone #: ( ) \_\_\_\_\_ Work Phone #: ( ) \_\_\_\_\_

**Doctor or Clinic:** \_\_\_\_\_ Phone #: ( ) \_\_\_\_\_

**Medical Coverage:**

Medicaid Plan: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Private Insurance: (circle one) HMO or PPO Date of Birth (Parent/Guardian): \_\_\_\_\_

Name of Insured (i.e. parent/guardian): \_\_\_\_\_

Social Security Number/ID of Insured: \_\_\_\_\_

Employer of Insured: \_\_\_\_\_

Policy Number: \_\_\_\_\_ Group Number: \_\_\_\_\_

Address and Phone Number of Insurance Company: \_\_\_\_\_

No medical coverage Weekly income for the household: \$ \_\_\_\_\_

Household Size (number of people supported by income): \_\_\_\_\_

**Consent:** I hereby give consent for the services offered at the VNA Health Center located at East Aurora High School and/or the VNA Mobile Health Clinic. I have been informed and understand the scope of services to be provided. I further understand that confidentiality between the student/patient and Health Center professionals will be ensured in specific areas designated by law and will not be discussed with the parent/guardian unless the student agrees. I agree to allow VNA Health Care to release personal, medical and billing information to East Aurora School District 131. I acknowledge that other information, as permitted by law, may be exchanged between VNA Health Care and East Aurora School District 131. I also understand that a parent, legal guardian, or student who is permitted under Illinois law to consent on his or her own behalf has a right to refuse any health care service. This authorization is valid until the individual turns 18 or until revoked in writing to: VNA Health Care, Attn: Medical Records, 400 N. Highland Ave., Aurora, IL 60506.

\_\_\_\_\_  
(Parent or Guardian for students under 18)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
(Students over 12 or Patient)

\_\_\_\_\_  
Date



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"/> 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
<b>Padre/Tutor Legal:</b> _____		# 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)	
<b>Contacto en caso de emergencia:</b> _____			
	Nombre	Relación con el estudiante	
# Teléfono Casa: ( ) _____		# Teléfono Trabajo: ( ) _____	
<b>Doctor o Clínica:</b> _____		# 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
---	----------------	---	----------------