

# Formulario de inscripción

**Manet en TPS no cobra copagos y proporciona atención médica independientemente de la capacidad de pago de las personas.**

**Por favor, infórmenos si hay algún cambio en los antecedentes médicos o medicamentos de su hijo durante el año.**

Nombre completo del paciente: (nombre) \_\_\_\_\_ (apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico del paciente/estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia en el hogar: \_\_\_\_\_

**Origen étnico:** ☐ Hispana ☐ No hispana

**Raza** (puede especificar más de una):

Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Blanco Negro Nativo de Hawái/Islands del Pacífico

Desconocido/No especificado Otra (especificar): \_\_\_\_\_ Prefiere no responder

## Información de salud:

1. ¿Su hijo tiene un proveedor de atención primaria (PCP)? ☐ SÍ ☐ No Nombre del PCP: \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo está tomando algún medicamento en este momento? ☐ SÍ ☐ NO

De ser así, mencione lo siguiente: \_\_\_\_\_

3. Revise las afecciones que su hijo haya tenido ALGUNA VEZ:

Diabetes Hepatitis Epilepsia/Convulsiones Enfermedad renal/hepática Cáncer Asma VIH/SIDA

Tuberculosis Trastornos inmunitarios Afecciones cardíacas Autismo/Discapacidad del desarrollo | Trastornos sanguíneos/Anemia

4. ¿Su hijo tiene alguna otra afección de salud? De ser así, mencione lo siguiente: \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo tiene alguna alergia? De ser así, mencione lo siguiente: \_\_\_\_\_

## Seguro médico:

Complete A, B o C de la mejor manera posible.

A. ☐ Empresa de seguros privada: \_\_\_\_\_

N.º de póliza: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de grupo: \_\_\_\_\_

B. ☐ MassHealth/Medicaid: N.º de ID: \_\_\_\_\_

C. ☐ Sin seguro ¿Desea recibir ayuda para inscribirse en un seguro? ☐ SÍ ☐ NO

Comprendo que estos servicios están disponibles para mi hijo según sea necesario y son una extensión, pero no un reemplazo de los proveedores existentes de mi hijo. Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de salud en cualquiera de los centros de salud con base en la escuela que ofrece Manet Community Health. Autorizo a un profesional de la salud a que proporcione servicios físicos, vacunas y salud conductual para mi hijo en persona o a través de una plataforma de telemedicina segura. Doy permiso para la realización de exámenes médicos, evaluaciones y administración de la atención de salud necesarios de mi hijo.

También doy mi consentimiento para el intercambio de información demográfica y de salud entre los proveedores del centro de salud, el personal de enfermería escolar, el consejo para las adaptaciones escolares y cualquier otro profesional médico que sea necesario, ya sea verbalmente o a través del sistema de información de estudiantes de la escuela. Comprendo que Manet Community Health mantendrá el expediente médico de mi hijo de forma segura como un expediente médico confidencial; no es un expediente escolar. También comprendo que se respetará la confidencialidad entre el personal y cualquier niño que use el centro de salud con base en la escuela.

Los centros de salud con base en la escuela participan en el Sistema de Información sobre Vacunación de Massachusetts (MIS). El MIS es un sistema estatal confidencial para llevar un seguimiento de los registros de vacunación de niños y adultos. Para limitar quién puede acceder a la información de su hijo, debe completar el formulario "Objeción o retiro de objeción a la divulgación de datos", que puede obtener de su proveedor de atención médica.

Además, autorizo a Manet Community Health a divulgar información sobre el tratamiento a pagadores terceros u otros con fines de facturación y por cualquier motivo que se requiera para cumplir con los estatutos, leyes o reglamentos de conformidad con la práctica médica aceptada. Tuve la oportunidad de revisar una copia del aviso de privacidad de la HIPAA. He leído y completado este formulario de consentimiento y entiendo que este estará vigente mientras mi hijo esté inscrito en una escuela afiliada a Manet Community Health, a menos que yo notifique lo contrario al centro de salud de la escuela por escrito.

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ASEGÚRESE DE FIRMAR ESTE FORMULARIO ANTES DE ENVIARLO

Si tiene preguntas sobre Manet Community Health en Taunton Public Schools, llame al **857-358-7260**.

**Aviso de privacidad:** <https://www.manetchc.org/privacy-notice/>

Spanish