

# Formulario de registro de pacientes



Heart of Florida Health Center se ha asociado con la escuela de su hijo para brindar atención médica, conductual y dental durante el horario escolar, asegurándose de que no falten a clase. Estos servicios también están disponibles en nuestras ubicaciones comunitarias en todo el condado de Marion. La facturación se procesará a través del seguro, y si su hijo no tiene seguro, se le facturará una tarifa. Las evaluaciones y exámenes de salud se llevarán a cabo durante cuatro a seis semanas, con posibles seguimientos durante 18 meses para tratamiento, mantenimiento y atención preventiva. Todos los servicios son proporcionados por profesionales, médicos y dentales con licencia del Centro de Salud Heart of Florida.

## Sección 1: Datos demográficos de los estudiantes/pacientes

Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo:  Masculino  Femenino  
# de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección:  
Calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: Nombre completo: \_\_\_\_\_ Contacto #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Para menores de edad (18 años o menos)

Nombre completo del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre completo del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Información de contacto:  
Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Más sobre su hijo

Raza:  Blanco  Negro/Afroamericano  Asiático  Nativo Americano  Isleño del Pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_  Elijo no responder

Origen étnico:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  Mejicano/Chicano/a  Puertorriqueño  
 Cubano  Otro: \_\_\_\_\_  Elijo no responder

Vivienda alternativa (si corresponde):  Personas sin hogar (al aire libre/calle)  Refugio para personas sin hogar  
 Vivienda Multifamiliar  Vivienda transitoria  Vivienda de apoyo permanente

Necesidades lingüísticas y de accesibilidad: Idioma preferido: \_\_\_\_\_  
 Mi hijo necesitará un intérprete de idiomas para las visitas médicas  
 Mi hijo tiene discapacidad auditiva y necesitará servicios de lenguaje de señas

### Planificación Médica

Si desea enviar recetas a HFHC Pharmacy, elija:  
 Silver Springs Blvd.  Belleview  South Pine- Drive-Thru

Farmacia preferida: Nombre y dirección de la farmacia preferida: \_\_\_\_\_



## Sección 2: Información del seguro (se requiere copia de la tarjeta del seguro)

Heart of Florida Health Center facturará a su seguro por los servicios cubiertos según su plan de seguro. Los padres/tutores deben proporcionar información precisa y actualizada sobre el seguro para evitar retrasos. Si los detalles del seguro no se actualizan o la cobertura cambia, puede afectar la facturación adecuada.

EL PACIENTE NO TIENE SEGURO

	Primario	Secundario	Dental
<i>Compañía de seguros:</i>			
<i>Empleador:</i>			
<i>Nombre del titular de la póliza:</i>			
<i>Número de póliza:</i>			
<i>Fecha de nac. del titular de la póliza:</i>	____/____/____	____/____/____	____/____/____
<i>Relación con el paciente:</i>	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Tutor	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Tutor	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Tutor

## Sección 3: Certificación de ingresos- Autodeclaración (requerida para todos los pacientes)

1. **Tamaño del hogar** (número de personas en el hogar, según lo definido por las reglas de dependencia fiscal)

1    2    3    4    5    6    7    8+ (Especificar: \_\_\_\_\_)

2. **Certificado de ingresos** (seleccione el rango que mejor represente los ingresos totales de su hogar)

<input type="checkbox"/> \$0 - \$20,000	<input type="checkbox"/> \$80,001 - \$100,000
<input type="checkbox"/> \$20,001 - \$40,000	<input type="checkbox"/> \$100,001 - \$120,000
<input type="checkbox"/> \$40,001 - \$60,000	<input type="checkbox"/> \$120,001 - \$140,000
<input type="checkbox"/> \$60,001 - \$80,000	<input type="checkbox"/> Más de \$140,000

3. **¿Está solicitando el Programa de Descuento de Tarifa?**

- Sí (Sección completa #6)**
- No: Tenga en cuenta:** Al rechazar, reconozco que elijo pagar las tarifas completas por los servicios recibidos en Heart of Florida Health Centers Inc., incluyendo cualquier tarifa no cubierta por mi seguro. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo en su totalidad.

### Atestación:

*Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información puede estar sujeta a verificación. Autorizo que Heart of Florida Health Center (HFHC) envíe facturas y reciba pagos de Medicare, Medicaid, seguro u otros programas que ayuden a pagar mi atención médica. Entiendo que, si mi seguro o programa no paga HFHC, debo pagar por el servicio, incluidos los copagos, coaseguros o deducibles. Me comprometo a pagar mi factura a tiempo.*

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

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

Firma: \_\_\_\_\_

Paciente

Custodio Legal

Padre

Tutor legal

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sección 4: Formulario de consentimiento para los servicios de salud complementarios en la escuela

Al firmar este formulario, usted:

- 1) **Dé permiso** para que su hijo reciba servicios de atención médica en la escuela del **Centro de Salud Heart of Florida**, con o sin la presencia de un padre/tutor.
- 2) **Comprenda que la atención puede ser en persona o por telesalud.** La telesalud puede tener limitaciones, como la falta de contacto físico y posibles problemas de conexión. Su hijo puede dejar de usar la telemedicina en cualquier momento sin afectar la atención futura.
- 3) **Acepta ser responsable de** cualquier tarifa o cargo no cubierto por el seguro.
- 4) **Permitir que Heart of Florida Health Center** comparta la información de salud de su hijo con el personal de salud de la escuela (enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, dentistas, etc.) para coordinar la atención.
- 5) **Permitir que el personal de la escuela** comparta la información médica y personal de su hijo con Heart of Florida Health Center para ayudar a evaluar las necesidades de salud, proporcionar tratamiento o servicios derivar.

- ◆ Si tiene preguntas sobre los servicios, riesgos o alternativas, puede llamar al **352-732-6599** antes de firmar.
- ◆ Los servicios se pueden proporcionar **en persona o por telesalud.**
- ◆ Firmar este formulario significa que usted **acepta los servicios y/o vacunas** que se enumeran a continuación.

**! Si hay algún servicio o vacuna que NO desea que su hijo reciba, marque las casillas a continuación.**

<b>Exclusión voluntaria de los servicios</b> Marque los servicios que <b>NO</b> desea que reciba su hijo:	<b>Exclusión voluntaria de las vacunas</b> Marque las vacunas que <b>NO</b> desea que reciba su hijo:
<input type="checkbox"/> Exámenes físicos ( Citas de control de niño sano, deportes, trabajo) <input type="checkbox"/> Tratamiento para enfermedades o lesiones <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Cuidado de problemas de salud comunes (peso, acné, problemas menstruales) <input type="checkbox"/> Manejo de enfermedades crónicas (asma, convulsiones, diabetes) <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental/conductual ( <i>se requiere el consentimiento de los padres para niños menores de 14 años</i> ) <input type="checkbox"/> Exámenes de la vista y la audición <input type="checkbox"/> Servicios Dentales <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Radiografías,</li> <li><input type="checkbox"/> Exámenes</li> <li><input type="checkbox"/> Selladores</li> <li><input type="checkbox"/> Fluoruro</li> </ul> <input type="checkbox"/> Programas de Educación y Prevención para la Salud	<b>Vacunas requeridas por la escuela:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> DTap/Td</li> <li><input type="checkbox"/> Tdap</li> <li><input type="checkbox"/> Polio</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis B</li> <li><input type="checkbox"/> MMR (sarampión, paperas, rubéola)</li> <li><input type="checkbox"/> Meningococo A</li> <li><input type="checkbox"/> Váricela</li> </ul> <b>Vacunas recomendadas para pediátricos/adolescentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Virus del Papiloma Humano (VPH)</li> <li><input type="checkbox"/> Influenza (gripe)</li> <li><input type="checkbox"/> Hepatitis A</li> <li><input type="checkbox"/> Meningococo B</li> </ul>

**Yo, Padre/Tutor, confirmo que gozo de buena salud y entiendo este formulario de consentimiento. Lo he leído y estoy de acuerdo con la información y doy mi permiso para que mi hijo reciba los servicios de salud o el tratamiento recomendados.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

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

Firma: \_\_\_\_\_

- Paciente  
 Padre

- Custodio Legal  
 Tutor legal

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Sección 5: Formulario de información médica para el paciente

**Primary Care Physician** Name: \_\_\_\_\_ Last Visit Date: (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Primary Dentist** Name: \_\_\_\_\_ Last Visit Date: (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Incluya el nombre del medicamento, la dosis y las horas por día que se toman. (vitaminas, inhaladores, recetas, otros)*

**Medicamentos actuales del paciente:**

---



---



---

### Historial médico del paciente (Marque todo lo que pueda aplicar)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias o afecciones de la piel (por ejemplo, eccema, erupciones cutáneas)<br>Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre (por ejemplo, anemia, anemia de células falciformes) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Afecciones óseas, articulares o musculares (por ejemplo, artritis, parálisis cerebral, problemas de la columna vertebral) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios (por ejemplo, asma, tos crónica, neumonía) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Cáncer (por ejemplo, leucemia) → Tipo de lista: _____<br><input type="checkbox"/> Problemas dentales (por ejemplo, dolor de muelas, sangrado de encías, problemas de la mandíbula - ATM) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Afecciones del desarrollo o del aprendizaje (p. ej., autismo, TDAH, retrasos) Lista de →: _____<br><input type="checkbox"/> Diabetes o sed frecuente<br><input type="checkbox"/> problemas digestivos o hepáticos (por ejemplo, problemas estomacales, hepatitis) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos o circulatorios (por ejemplo, enfermedad cardíaca, presión arterial alta, marcapasos) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Historia de las transfusiones de sangre<br><input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas (por ejemplo, tuberculosis, ETS) Lista →: _____ | <input type="checkbox"/> problemas renales o urinarios (por ejemplo, infecciones frecuentes, enfermedad renal) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (por ejemplo, ansiedad, depresión) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro<br><input type="checkbox"/> Problemas de salud reproductiva (p. ej., embarazo, síndrome de ovario poliquístico) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Convulsiones o problemas neurológicos (por ejemplo, epilepsia, accidente cerebrovascular, desmayos, mareos) → lista: _____<br><input type="checkbox"/> Consumo de sustancias (por ejemplo, alcohol, drogas) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Tomar medicamentos para el endurecimiento de los huesos (bifosfonatos)<br><input type="checkbox"/> Problemas de tiroides<br><input type="checkbox"/> Consumo de tabaco o vapeo<br><input type="checkbox"/> Problemas de visión o audición (por ejemplo, gafas, audífonos) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> Sistema inmunitario debilitado (por ejemplo, VIH/SIDA, trasplante de órganos) Lista →: _____<br><input type="checkbox"/> <b>Otros problemas de salud</b> → explique: _____ |
|--|--|

**Alergias del paciente:**

Alimentos /Animales/Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Especificar: _____
Alergias a medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Especificar: _____
Alergias al látex	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Especificar: _____

**Reacción a las inmunizaciones:**  Sí  No En caso afirmativo, indique qué vacuna y describa la reacción: \_\_\_\_\_

**Estadías anteriores en el hospital:**  Sí  No Explicar: \_\_\_\_\_  
**Cirugías pasadas:**  Sí  No Explicar: \_\_\_\_\_

**Visitas a la sala de emergencias en el último año:**  Sí  No **Motivos de visita:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos familiares:** Marque todo lo que corresponda y enumere los parientes afectados (por ejemplo, padre, hermano, abuelo).

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> SIDS              | <input type="checkbox"/> Migrañas                | <b>Familiar(es) afectado(s):</b><br>_____<br>_____<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Golpe                 | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH          | <input type="checkbox"/> Artritis                |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> Problemas dentales      |   |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Asma              | <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/Drogas |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Cáncer            | <input type="checkbox"/> Colesterol alto         |   |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis      | <input type="checkbox"/> Otro: _____             |   |

**Firma del paciente, padre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



# Servicios de salud para estudiantes en la escuela

## Formulario de inscripción

### Sección 6: Aplicación de Descuento de Tarifa Variable

(Complete esta sección **solo** si solicita el Programa de Descuento de Tarifa Variable).

#### Comprobante de ingresos (Marque todo lo que corresponda).

- Declaración de Salarios e Impuestos Federales (por ejemplo, W-2)
- Talones de pago recientes
- Carta de determinación o verificación de beneficios
- Documentación del libro de ingresos por cuenta propia
- Carta del empleador (firmada en papel membretado de la empresa)
- Otro: \_\_\_\_\_
- No tengo comprobante de ingresos (complete la Declaración de Ausencia de Ingresos a continuación)

#### Identificación emitida por el gobierno (requerida para todos los solicitantes).

- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Formulario de inmigración de EE. UU.
- Otro: \_\_\_\_\_

### Sección 7: Declaración de No Ingresos (Complete solo si seleccionó "No se proporcionó comprobante de ingresos" arriba).

#### 1. Confirmando que no recibo dinero de ninguna de las siguientes fuentes:

- Salarios de un trabajo (incluyendo propinas, bonificaciones o comisiones)
- Dinero de mi propio negocio
- Pagos de alquiler de la propiedad que poseo
- Intereses o dividendos de ahorros o inversiones
- Pagos de Seguro Social, jubilación, pensión o seguro
- Prestaciones por desempleo o discapacidad
- Asistencia gubernamental (como cupones de alimentos o ayuda en efectivo)
- Pensión alimenticia, manutención de los hijos o ayuda financiera de alguien fuera de mi hogar
- Dinero de la venta de productos (por ejemplo, Avon, Mary Kay, etc.)
- Otros ingresos

#### 2. Certificación de Apoyo Financiero

Confirmando que no tengo ingresos en este momento y no espero ningún cambio pronto. Si mi situación financiera cambia, informaré a Heart of Florida Health Centers Inc. Mis necesidades básicas (vivienda, alimentación, servicios públicos) están cubiertas por:

Nombre: \_\_\_\_\_ o Agencia (si corresponde): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

#### 3. Reconocimiento y Certificación

Confirmando que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa, incompleta o engañosa puede resultar en la pérdida de la asistencia de **Heart of Florida Health Centers Inc.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:

- Paciente
- Padre
- Custodio Legal
- Tutor legal

Fecha:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_