



George Ricks  
School Based  
Health Center

## LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS INCLUYEN

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones sencillas
- Vacunas
- Exámenes para el desarrollo sano del niño
- Exámenes físicos
- Exámenes de aptitud física para deportes
- Promoción y educación de la salud
- Asistencia con medicamentos
- Cuidados dentales primarios, incluyendo exámenes, radiografías, limpiezas, tratamientos con fluoruro y selladores
- Tratamiento dental, incluyendo empastes, extracciones y tratamiento de endodonciae
- Protectores bucales deportivos (en colores escolares)
- Consejería para estudiantes y sus familias
- Grupos de apoyo
- Servicios de administración de casos
- Asistencia alimentaria
- Asistencia con las solicitudes para recibir ayuda de Medicaid, CHIP y SNAP
- Derivaciones a otros recursos de la comunidad
- Asistencia de renta y servicios públicos para familias de estudiantes



## PARA PROGRAMAR UNA CITA, PÓNGASE EN CONTACTO CON:

George Ricks School Based Health Center  
at Schertz Elementary  
757 Curtiss Avenue  
Schertz, TX 78154  
(210) 658-4875

George Ricks School Based Health Center  
at Krueger Elementary  
217 West Otto Street  
Marion, TX 78124  
(830) 420-2291

Los servicios clínicos proporcionados se cobran de acuerdo a una escala móvil de precios dependiendo del ingreso familiar anual. Atendemos a todos los estudiantes del distrito escolar sin importar el seguro o la capacidad de pago.

## ABOUT US

El George Ricks School Based Health Centers ofrecen cuidados de salud primaria pediátrica, servicios dentales y una gama completa de servicios a niños inscritos en los distritos escolares independientes de Marion y Schertz-Cibolo-Universal City, así como también a sus hermanos de hasta 21 años de edad. Los servicios clínicos proporcionados en el George Ricks School Based Health Centers se cobran de acuerdo a una escala móvil de precios dependiendo del ingreso familiar anual.

En Methodist Healthcare Ministries nuestro objetivo es ayudar a cada paciente a progresar. Lo hacemos escuchando atentamente y poniendo las necesidades de cada persona en el centro de su cuidado médico. Ya sea que se trate de dolor físico o emocional y estrés, nuestro compasivo equipo trabaja en conjunto para ayudarlos a vivir una vida más saludable.

## GEORGE RICKS SCHOOL BASED HEALTH CENTER: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### Información del paciente

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono adicional: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Etnia: Caucásica Hispana Afroamericana Asiática Otra: \_\_\_\_\_

Idioma que habla: Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

### Información de la familia que vive en la casa

Nombre de la madre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Núm. de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estado civil del padre/la madre de familia: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viuda/o

Condición de trabajo del padre/la madre: Tiempo completo Medio tiempo Jubilado Desempleado

### Información del seguro

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes tipos de cobertura de seguro? *Marque todos los que correspondan:*

Medicaid Sí No Seguro médico Sí No

CHIP Sí No Seguro dental Sí No

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_

Si su hijo está recibiendo Medicaid, CHIP o no tiene seguro, favor de proporcionar la siguiente información:

Ingreso bruto anual estimado: \$ \_\_\_\_\_ Número de personas que viven en la casa: \_\_\_\_\_

### Historia social

¿Quién vive en la casa? Miembros de la familia que viven en la casa (favor de escribir los nombres y la relación):

_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Hay fumadores en la casa? Sí No Si es así, Adentro Afuera

### Historia médica del niño

¿Es su hijo alérgico al látex?  Sí  No

¿Tiene su hijo alergias a la comida o los medicamentos?  Sí  No Si es así, especifique: \_\_\_\_\_

¿Hubo problemas con el embarazo de la mamá de este hijo?  Sí  No

Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Nacimiento del hijo:  Parto a término  Parto prematuro Peso: \_\_\_\_\_ Complicaciones al nacer: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones de su hijo:  Sí  No Si es así, diagnóstico y fechas: \_\_\_\_\_

Cirugías de su hijo:  Sí  No Si es así, tipos y fechas: \_\_\_\_\_

### Problemas médicos crónicos del niño

Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trauma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma/Bronquitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Síndrome genético	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas urinarios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ADD*/ADHD**	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias/Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ortopédicos (huesos quebrados)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*ADD = Trastorno por déficit de atención

ADHD\*\* = Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Otro: \_\_\_\_\_

Explique todas las respuestas que marcó:

\_\_\_\_\_

Medicamento que toma actualmente (nombre/dosis):

\_\_\_\_\_

### Historia médica familiar (hermanos, padres, abuelos)

Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Si es así, favor de especificar el tipo:

\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA CENTROS DE SALUD ESCOLARES  
TRATAMIENTO/SERVICIO Y COMUNICACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo a Methodist Healthcare Ministries of South Texas Inc. (MHM) darle a mi hijo(a) los servicios que he marcado aquí:

**Autorizo a los George Ricks School Based Health Center de MHM a prestarle::**

- |                             |                             |                    |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios Médicos  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios Dentales |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Consejería         |

**Autorizo a MHM a retirar a mi hijo(a) de su clase para asistir a su cita de**

- |                             |                             |                    |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios Médicos  |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios Dentales |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Servicios Sociales |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Consejería         |

**Autorizo al personal de los Centros de Salud Escolares de MHM a compartir mi información con:**

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | El Programa Deportivo (examen físico para deportes únicamente) |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | La enfermera de la escuela                                     |

**Consentimiento para comunicación**

Yo  **NO doy mi consentimiento** para que MHM se ponga en contacto conmigo para la programación de citas médicas, recordatorios de citas, citas virtuales y por otras razones para la promoción del bienestar. Entiendo que la comunicación podría ser iniciada por un sistema automatizado de marcación de llamadas (ATDS, por sus siglas en inglés) o por un integrante del equipo de MHM en tiempo real.

Yo  **doy mi consentimiento** para que MHM se ponga en contacto conmigo para la programación de citas médicas, recordatorios de citas, citas virtuales y por otras razones para la promoción del bienestar. Entiendo que la comunicación podría ser iniciada por un sistema automatizado de marcación de llamadas (ATDS, por sus siglas en inglés) o por un integrante del equipo de MHM en tiempo real.

**Teléfono no celular (línea fija)**

El número de teléfono que no es celular y que autorizo para recibir

**Mensajes de voz** es: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** podrían aplicarse las tarifas estándar de mensajes de texto según lo establecido en su plan de teléfono celular.

El número de teléfono celular que autorizo para recibir

**Mensaje de voz**     **Mensajes de texto** es: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Entiendo que los mensajes de texto se envían por una red pública a un teléfono personal y podría no ser segura. Sin embargo, entiendo que MHM no transmitirá ninguna información que pudiera identificarme.

**EI CORREO ELECTRÓNICO** que autorizo para recibir mensajes es:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA CENTROS DE SALUD ESCOLARES TRATAMIENTO/SERVICIO Y COMUNICACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Procedimientos de privacidad

Entiendo que mis historias clínicas se conservan en formato electrónico. En ocasiones, Methodist Healthcare Ministries podría compartir mi información médica con terceros involucrados en mis cuidados para lo siguiente:

- Tratamiento (ejemplo: dos médicos que trabajan en equipo en mi tratamiento).
- Operaciones de salud: para mejorar los servicios que presta MHM.

Puedo encontrar más información sobre esto en el Aviso de Prácticas de Privacidad en MHM.org.

He recibido una copia del Aviso de procedimientos de privacidad.

### Derechos y Responsabilidades

He recibido información acerca de mis derechos y responsabilidades como paciente/cliente de Methodist Healthcare Ministries.

Me han explicado este formulario de consentimiento. Entiendo la información a la que doy miconsentimiento. Además, entiendo que podría revocar esta autorización en cualquier momento.

### Intercambios de información de salud

MHM envía información médica a los intercambios de información de salud, lo cual nos ayuda a ofrecerle mejores cuidados mediante la:

- Coordinación de cuidados/servicios con otros proveedores y hospitales para evitar interrupciones en su cuidado de la salud.

Su información médica se entregará a uno o más intercambios de información de salud. Si decide no participar en los intercambios de información de salud, marque la casilla a continuación. De todas maneras, seguirá calificando para los servicios de MHM.

**No, no quiero que se comparta mi información médica con ningún intercambio de información de salud.**

Firma del paciente/cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente/cliente: \_\_\_\_\_