# Formulario de admisión y consentimiento de Teche Health: Glencoe Charter School

**Uso exclusivo del personal de Teche Health: Nro. de cuenta: _____ Fecha: ____ Lugar: Franklin: unidad móvil**

***Rev_Sep2026_KV***

**Escriba en letra de imprenta**

Nombre del estudiante: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal del estudiante (incluya la ciudad): _____ Código postal:

Dirección física del estudiante (si es diferente, incluya la ciudad): _____ Código postal:

Nro. de Seguro Social: | Edad: | Sexo asignado al nacer: ☐ M ☐ F

Identidad de género: ☐Masculino ☐Femenino ☐Hombre transgénero: (de mujer a hombre) ☐ Prefiero no divulgarlo ☐ Mujer transgénero: ☐ Otro:

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana/gay ☐ Bisexual ☐ Otra: _____
☐ No lo sé ☐ Prefiero no divulgarla

**Como Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC), tenemos la obligación de hacerle estas preguntas sobre el estudiante a quien usted inscribe para que reciba servicios en la unidad móvil. ☐ Soltero ☐ Menor emancipado ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Tiene pareja ☐ Separado legalmente**

Etnicidad (marque una opción): ☐No hispano, latino ni de origen español ☐Hispano ☐Latino o de origen español (especifique) _____ ☐ Prefiero no responder

**Raza (marque todas las opciones que correspondan)** ☐ Caucásico/blanco ☐ Afroamericano/negro ☐ Nativoamericano/nativo de Alaska ☐ Asiático (especifique): ☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Nativo de Hawái ☐ De otras islas del Pacífico ☐ Otra: _____ ☐ Prefiero no responder

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Grado del estudiante: | Maestro del aula: | | | |
| Idioma de preferencia: | Correo electrónico del estudiante: | | Teléfono celular del estudiante: ( ) | |
| Nombre de la madre (incluya el apellido de soltera) o del tutor legal: | Teléfono celular: ( ) | Teléfono del trabajo: ( ) | Teléfono alternativo: ( ) | Empleador: |
| Nombre del padre o del tutor legal: | Teléfono celular: ( ) | Teléfono del trabajo: ( ) | Teléfono alternativo: ( ) | Empleador: |
| Correo electrónico de la madre o tutora legal: | Correo electrónico del padre o tutor legal: | | | |
| Nombre del contacto de emergencia: ¿Tiene 18 años o más?: ☐ Sí ☐ No | Relación con el estudiante: | Teléfono: | | |
| Nombre del contacto de emergencia: ¿Tiene 18 años o más?: ☐ Sí ☐ No | Relación con el estudiante: | Teléfono: | | |

**ESTA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA**

Proveedor de atención primaria **(PCP) o pediatra del estudiante**: _____ **( )** NO TIENE PCP — Teléfono:

**Fecha de la última consulta integral de control de salud de su hijo: Mes _____ Año _____**

**Dentista del estudiante:** _____ Teléfono:

**Fecha de la consulta dental más reciente de su hijo: Mes _____ Año _____**

**Farmacia preferida:**
_____

**¿Le interesa obtener medicamentos recetados a precios reducidos en la farmacia de Teche Health?**
**☐ Sí ☐ No**

Nombres de los hermanos que reciben servicios de Teche Health (escriba en letra de imprenta):
1.
2.
3.
4.

**Uso exclusivo de la oficina:**

**Nombre del estudiante:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

| **ESTA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA** | **✓Marque el tipo de seguro médico que tiene su hijo**: |
|---|---|
| **Si le es posible, envíe una copia de la tarjeta del seguro médico del niño.** | ☐ Medicaid/Bayou Health Plan nro.: _____ (marque una de las opciones siguientes)<br>☐ Aetna Better Health ☐ AmeriHealth Caritas ☐ Healthy Blue<br>☐ Humana Healthy Horizons ☐ LA Healthcare Connections<br>☐ Seguro privado u otro Nombre: _____<br>☐ Nro. de póliza: _____ Nro. de grupo:_____<br>☐ Nombre del titular de la póliza:_____ Relación con el estudiante: _____<br>Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____<br>N.º de Seguro Social del titular de la póliza: _____<br>☐ **No tiene seguro médico**/¿Desea recibir información sobre seguros médicos? ☐ Sí ☐ No<br>**ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE**<br>El ingreso familiar y el tamaño de su familia podrían permitirle a usted y a su familia calificar para obtener descuentos en los servicios de Teche Health. Nuestros representantes de servicios al paciente (PSR) y nuestros trabajadores de salud comunitaria pueden responder sus preguntas y ayudarle a presentar la solicitud.<br>☐ **DESEO SOLICITAR UN DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE** |

**Los centros de salud federalmente calificados deben recopilar la siguiente información.**

**¿Vive en una vivienda pública**? (La Sección 8 no se considera vivienda pública) ☐ Sí ☐ No

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido/a usted? _____

Jefe del hogar: Nombre y apellido: _____

Relación con el niño: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

¿No tiene una vivienda permanente (Se encuentra sin hogar)? ☐ No ☐ Sí. **En caso afirmativo, marque una opción: ☐ Refugio ☐ En la calle ☐ Vivienda de transición ☐ Comparte vivienda con otras personas (vive con amigos o familiares) ☐ Prefiero no responder**

**¿Cuál es el ingreso mensual aproximado de su hogar**?

☐ Menos de $1,000 ☐ $1,000-$1,500 ☐ $1,500-$2,000 ☐ $2,000-$2,500 ☐ $2,500-$3,000
☐ $3,000-$3,500 ☐ $3,500-$4,000 ☐ $4,000-$4,500 ☐ $4,500-$5,000 ☐ $5,000-$5,500
☐ Más de $5,500

**Otras fuentes de ingresos (marque todas las opciones que correspondan)**

☐ SSI ☐ Asistencia para veteranos ☐ AFDC/TANF ☐ Cupones de alimentos ☐ Seguro Social
☐ Beneficios de jubilación ☐ Sección 8: Vivienda ☐ Manutención de los hijos

**1. ¿El estudiante es migrante?** ¿Algún familiar directo ha vivido fuera del hogar durante los últimos 2 años para trabajar en algún tipo de actividad agrícola (trabajo en el campo)? **☐ Sí ☐ No**

**2.** ¿Alguno de los padres, el tutor legal o un familiar directo es **trabajador agrícola temporal**? (¿Ha trabajado en algún tipo de actividad agrícola durante los últimos 2 años, como sembrar, cosechar, preparar la tierra, trabajar en una empacadora, conducir un camión para realizar trabajos agrícolas o trabajar con animales, como vacas o pollos?). **☐ Sí ☐ No**

**3. ¿Algún familiar directo ha dejado de migrar para trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o a su edad (por ser demasiado mayor para trabajar)? ☐ Sí ☐ No**

**4. ¿El estudiante tiene wifi en casa? ☐ Sí ☐ No**

**5. ¿El estudiante o algún miembro de la familia inmediata tiene un teléfono celular? ☐ Sí ☐ No;**
**☐ Android? ☐ iPhone?**

**6. ¿El estudiante o algún familiar directo tiene un teléfono financiado por el Gobierno federal? ☐ Sí ☐ No**

**7. ¿El estudiante o algún familiar directo tiene un plan mensual de datos móviles? ☐ Sí ☐ No**

**Uso exclusivo de la oficina:**

**Nombre del estudiante:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

¿Su hijo es **alérgico** a algún alimento o medicamento? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene alergias estacionales? ☐ No ☐ Sí. Si respondió que sí, indique cuáles:

_____

Enumere los **medicamentos** que el estudiante toma actualmente, con la dosis (cantidad) y la frecuencia (cada cuánto los toma):

☐ Mi hijo no toma medicamentos.

☐ Mi hijo toma los siguientes medicamentos. Si es necesario, adjunte una página adicional.

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

**¿Su hijo presenta alguno de los siguientes problemas?** ☐ Ansiedad, ☐ Depresión, ☐ Consumo de alcohol o drogas ☐ Problemas de conducta ☐ Aislamiento

¿Su hijo recibe actualmente servicios de salud conductual o consejería? ☐ NO ☐ SÍ. Si respondió que sí:

Nombre del proveedor: _____ Teléfono: _____

Nombre de la agencia: _____ Teléfono: _____

**TODOS LOS SERVICIOS LOS PRESTA UN PROFESIONAL AUTORIZADO.**
**AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, USTED ACEPTA QUE SE PRESTEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS EN LA UNIDAD MÓVIL UBICADA EN GLENCOE CHARTER SCHOOL.**

- **Servicios de salud conductual**
- **Consejería individual**

**Su hijo puede recibir cualquiera de los siguientes servicios en el Centro de Salud Escolar de Teche Health, ubicado en el campus de West St. Mary High School:**

Atención médica de rutina
Vacunación
Análisis de sangre y pruebas diagnósticas
Recetas y administración de medicamentos
Educación para la salud y programas de prevención
Derivación y seguimiento en caso de emergencias
Servicios de salud conductual, consejería y telesalud
Consultas anuales de control de salud (examen físico integral)
Exámenes de detección, como pruebas de la vista, audición y presión arterial
Atención médica para enfermedades leves (resfriado o gripe) y lesiones
Control de enfermedades crónicas, como el asma y la diabetes
Exámenes físicos para practicar deportes
Derivación a especialistas (neurología, ortopedia y psiquiatría)

**Para obtener más información, llame al (337) 924-9646.**

☐ Nosotros (el estudiante y su padre, madre o tutor legal) hemos leído y comprendemos los servicios que prestará Teche Health. Ambos autorizamos al estudiante a recibir los servicios que ofrece el programa.

**CERTIFICACIÓN**

☐ Entendemos que Teche Health y sus empleados y contratistas operan la unidad móvil.
Entendemos que Teche Health puede participar en uno o más sistemas de intercambio de información médica (HIE), mediante los cuales la institución puede compartir información médica protegida (PHI) con otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones relacionadas con la atención médica.

☐ Por la presente, autorizamos que se divulguen los expedientes de Teche Health a los sistemas de HIE.
Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que proporciono en este formulario es verdadera y exacta, y autorizo a Teche Health a verificarla. Si se demuestra que la información que proporcioné es falsa, entiendo que Teche Action Board, Inc. puede descalificarme para recibir descuentos y cobrarme todos los servicios recibidos, así como cualquier servicio que Teche Action Board, Inc. haya pagado. También certifico que informaré de inmediato a Teche Health sobre cualquier cambio en mis ingresos o en la cobertura de mi seguro médico.

**Uso exclusivo de la oficina:**
**Nombre del estudiante:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

## CONSENTIMIENTO PARA LAS COMUNICACIONES CON EL PACIENTE

Los proveedores y demás miembros del personal de Teche Health desean hacer todo lo posible para proteger la información médica de su hijo y mantenerla privada y segura. Usted tiene derecho a acceder a esa información y a hablar con su equipo de atención médica al respecto. Cuando necesitemos comunicarnos con usted, solo podremos hablar con usted o con las personas que indique a continuación. Incluya únicamente los números de teléfono a los que desea que llamemos para comunicarnos con usted.

☐ Acepto que Teche Health se comunique conmigo por los siguientes medios en relación con la información médica privada, la evaluación y el tratamiento de mi hijo.

☐ Si marqué "SÍ", autorizo a Teche Health a dejarme mensajes cuando no esté disponible.

**Teléfono de casa** _____ ☐ SÍ ☐ NO **Teléfono celular** _____ ☐ SÍ ☐ NO

**Teléfono del trabajo** _____ ☐ SÍ ☐ NO **Otro teléfono** _____ ☐ SÍ ☐ NO

☐ Autorizo a Teche Health y al personal médico y de salud conductual a hablar sobre la información médica de mi hijo o mis hijos (que puede incluir antecedentes médicos, diagnósticos, análisis de laboratorio, resultados de pruebas, tratamientos y otra información de salud) con los contactos que se indican a continuación. Entiendo que, si dejo los espacios en blanco, indico que no se debe divulgar ninguna información y que no deseo que se comparta información sin mi consentimiento expreso.
**Nombre:** _____ **Relación con el paciente:** _____ Nro. de contacto: _____

Con mi firma a continuación, confirmo que leí y comprendí la información que contiene este formulario, autorizo a Teche Health a prestar servicios como representante general del estudiante y acepto sus términos. Entiendo los riesgos asociados con los **diferentes medios de comunicación y doy mi consentimiento a las condiciones, restricciones y responsabilidades del paciente que se describen anteriormente**, así como a cualquier otra instrucción que Teche Health establezca. Entiendo que debo actualizar esta información al menos **una vez al año o cuando cambie, lo que ocurra primero.**

Lo más conveniente para usted y para Teche Health es que los proveedores de salud conductual no se comuniquen con los padres, tutores, cuidadores ni pacientes por correo electrónico o mensajes de texto en relación con el tratamiento o la atención que se brinda. Tampoco iniciaremos comunicaciones por estos medios con usted en calidad de padre, madre, tutor, cuidador o paciente.

**Confidencialidad**: Teche Health, que presta servicios en la unidad móvil de Glencoe Charter School, cumple con todas las leyes vigentes sobre la confidencialidad de los servicios de salud en general y, específicamente, de los servicios que se prestan a menores de edad. Todos los expedientes médicos y de salud mental son confidenciales y Teche Health los conservará de conformidad con lo establecido en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
**Al firmar a continuación, declaro que:**

☐ **Doy mi consentimiento para que Teche Health intercambie información médica protegida (PHI) pertinente con el pediatra o los proveedores de atención médica personal del estudiante, o con sus especialistas.**

☐ Recibí una copia del ***Aviso de prácticas de privacidad y de la Declaración de derechos y responsabilidades del paciente*** de Teche Health, que describe cómo se utiliza y comparte mi información médica. Entiendo que Teche Health tiene derecho a modificar este aviso en cualquier momento y que puedo solicitar una copia actualizada si me comunico con Teche Health al **(337) 828-2550.**

El padre, la madre, el tutor legal o el estudiante pueden retirar o modificar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito a cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente. Teche Health entregará una copia de este documento a los padres o tutores legales que la soliciten.

## FIRMAS DE CONSENTIMIENTO

✓ _____

**Nombre del padre, madre o tutor legal (en letra de imprenta y firma)** **Relación con el estudiante** **Fecha**

✓ _____ _____

**Nombre del estudiante (en letra de imprenta y firma)** **Fecha**

✓ _____ _____

**Nombre del testigo de Teche Health (firma)** **Fecha**

# CUESTIONARIO PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS DE SALUD CONDUCTUAL DE TECHE HEALTH

**COMPLETE TODO EL FORMULARIO. CON GUSTO LE AYUDAREMOS SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.**

Persona que completó este formulario: _____ Fecha: _____

El niño está bajo la custodia de: □ Ambos padres biológicos □ Un solo padre biológico □ Padres adoptivos □ Padres de acogida □ Custodia del estado □ Familiares sin custodia legal

Estado civil de los padres biológicos: □ Casados □ Nunca se han casado □ Separados □ Divorciados □ Viudo/a

Grado: _____ ¿El niño tiene un Programa de Educación Individualizada (IEP) o un Plan 504? □ Sí □ No

**Motivo de la consulta:** _____

**PROBLEMAS ESCOLARES:** ¿El niño ha repetido algún grado escolar? □ Sí (¿qué grado o grados?) _____ □ No

¿Alguna vez ha suspendido o expulsado la escuela o el preescolar al niño, o le ha pedido que se retire? □ No □ Sí (explique) ____

_____

¿El niño ha tenido problemas de asistencia o ha llegado tarde a la escuela? □ No □ Sí (explique) _____

Describa brevemente las dificultades que presenta el niño en la escuela e indique cuándo comenzaron: _____

_____

¿Alguna vez se ha sometido el niño a una evaluación educativa? En caso afirmativo, indique dónde y cuándo. _____

¿Existen antecedentes familiares de dificultades de aprendizaje, problemas de salud mental o consumo indebido de alcohol o drogas por parte de los padres o hermanos del niño? (Explique).

_____

_____

Indique los nombres y las edades de todos los adultos y niños que viven en el hogar: _____

_____

**ATENCIÓN PRENATAL:** Edad de la madre durante el embarazo: _____ ¿La madre recibió atención prenatal? □ Sí □ No

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? (Explique). _____

**ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO:** □ El niño nació a término □ El niño nació prematuramente, con ___ semanas de anticipación

*¿Cuánto pesó el niño al nacer? _____ ¿Hubo alguna complicación durante el trabajo de parto o el nacimiento? (Explique).

_____

**ANTECEDENTES DEL DESARROLLO: indique la edad aproximada a la que el niño alcanzó los siguientes hitos:**

| | |
|---|---|
| Edad a la que comenzó a gatear: | Edad a la que logró controlar los esfínteres durante el día: |
| Edad a la que comenzó a caminar sin ayuda: | Edad a la que logró controlar los esfínteres durante la noche: |
| Edad a la que comenzó a usar palabras aisladas: | Edad a la que logró alimentarse sin ayuda: |
| Edad a la que comenzó a usar frases comprensibles: | Edad a la que logró ponerse y quitarse la ropa sin ayuda: |

¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con el desarrollo del niño? (Explique). _____

**ANTECEDENTES MÉDICOS:** (marque todas las opciones que correspondan a problemas actuales o pasados)

□ Cirugías □ Asma □ Infecciones crónicas del oído
□ Uso de lentes o problemas de visión □ Problemas de audición o uso de audífonos □ Convulsiones □ Uso de aparatos ortopédicos
□ Lesiones graves □ Lesiones en la cabeza □ Alergias alimentarias □ Alergias a medicamentos _____
□ Problemas neurológicos □ Parálisis cerebral □ Síndrome de Down _____

Hospitalizaciones: _____

Diagnóstico previo: _____

**Indique los nombres de otros médicos, clínicas o agencias que atienden al niño:** _____

_____

**¿Ha recibido el niño consejería o se ha sometido a una evaluación psicológica en un hospital o centro de salud mental?**

| Nombre del consejero o psicólogo | Clínica o centro | Fecha(s) | Motivo del tratamiento o de la evaluación |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**Enumere los nombres de los programas y de las personas que han trabajado o trabajan actualmente con el niño (por ejemplo, servicios de terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.).**

| Nombre del programa | Tipo de servicio | Nombre del terapeuta o proveedor | Fecha(s) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

**Marque las situaciones importantes que el niño haya vivido durante el último año:**

___ Divorcio o separación de los padres ___ Uno de los padres volvió a casarse ___ Mudanza ___ Muerte de una mascota

___ Cambio de escuela ___ Un amigo se mudó lejos ___ Enfermedad en la familia (explique) _____

___ Uno de los padres perdió su empleo o cambió la situación económica ___ Muerte (explique) _____

___ Un familiar o el niño tuvo problemas con la ley (explique): _____

___ El niño fue víctima de abuso o violencia (explique): _____

Otro: _____

Aproximadamente, ¿cuántas horas duerme el niño cada noche entre semana? _____ horas / ¿Y los fines de semana? _____ horas

¿Tiene problemas específicos para dormir? _____

Pasatiempos e intereses del niño: _____

Enumere tres cosas que su hijo hace bien (pueden estar relacionadas con los estudios, las relaciones sociales o la conducta): ___

_____

**Religión y espiritualidad:**

| | |
|---|---|
| A. ¿El niño pertenece a una comunidad religiosa? | □ **SÍ** □ **NO** |
| B. ¿El niño reza o medita? | □ **SÍ** □ **NO** |
| C. ¿El niño asiste a servicios religiosos? | □ **SÍ** □ **NO** |

**Determinantes sociales de la salud (SDoH):**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A. Situación de vivienda: □ Permanente □ Temporal □ Sin vivienda estable | | | | |
| B. Condiciones de la vivienda (marque todas las opciones que correspondan): □ Segura □ Insegura □ Sucia □ Hacinada □ Necesita reparaciones | | | | |
| C. En su vecindario hay: □ Violencia □ Delincuencia □ Drogas □ Condiciones inseguras | | | | |
| D. ¿Tiene agua corriente? | □ **SÍ** □ **NO** | | H. ¿Tiene electricidad? | □ **SÍ** □ **NO** |
| E. ¿Tiene aire acondicionado y calefacción? | □ **SÍ** □ **NO** | | I. ¿Tiene suficientes alimentos? | □ **SÍ** □ **NO** |
| F. ¿Puede recibir atención médica cuando la necesita? | □ **SÍ** □ **NO** | | J. ¿Puede pagar los medicamentos que necesita? | □ **SÍ** □ **NO** |
| G. ¿Dispone de transporte confiable? | □ **SÍ** □ **NO** | | K. ¿Puede cuidar de las personas que dependen de usted? | □ **SÍ** □ **NO** |
| ¿Cómo suele trasladarse? □ Vehículo propio □ Familiares o amigos □ Transporte de Medicaid □ Consejo para la Tercera Edad (Council on Aging) □ Otro _____ | | | | |

¿El niño ha presentado alguna de las siguientes situaciones? (Explique).

☐ Tristeza persistente durante dos semanas o más: _____

☐ Aislamiento o evitación de las interacciones sociales: _____

☐ Hacerse daño o hablar de hacerse daño: _____

***Nombre del niño:*** _____ ***Fecha de nacimiento:*** _____

☐ Hablar sobre la muerte o el suicidio: _____

☐ Arrebatos emocionales o irritabilidad extrema: _____

☐ Conducta fuera de control que puede ser perjudicial: _____

☐ Cambios drásticos en el estado de ánimo, la conducta o la personalidad: _____

☐ Cambios en los hábitos alimenticios: _____

☐ Pérdida de peso: _____

☐ Dificultad para dormir: _____

☐ Dolores de cabeza o de estómago frecuentes: _____

☐ Dificultad para concentrarse: _____

☐ Cambios en el rendimiento académico: _____

☐ Evitar la escuela o faltar a clases: _____

***Nombre del niño:*** **_____** ***Fecha de nacimiento:*** **_____**