

HENRY FORD HEALTH

Department of Pediatrics

School-Based and Community Health Program (SBCHP) Health Center

Departamento de Pediatría

Centro médico del Programa de atención médica de la escuela y la comunidad (SBCHP)

Intake Form: To be completed by Parent/Guardian or Patient (age 18 or over)

Formulario de admisión: Debe completarlo el padre/la madre/el tutor del paciente (mayor de 18 años)

Patient Information

Información del paciente

Patient's legal name (first, last, middle initial) _____

Nombre legal del paciente (nombre, apellido, iniciales)

Patient's name/the name I use: _____ Pronouns: _____

Nombre del paciente/el nombre que uso: _____ Pronombres: _____

Date of Birth: ____/____/____ Patient's sex assigned at birth: Male Female Intersex

Fecha de nacimiento: ____ Sexo asignado al paciente al nacer: Masculino Femenino Intersexual

Gender Identity: Girl/Woman Boy/Man Genderqueer or non-binary

Identidad de género: Niña/Mujer Niño/Hombre Género queer o no binario

Transgender Girl/Woman Transgender Boy/Man Additional: _____

Niña/Mujer transgénero Niño/Hombre transgénero Otro: _____

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Patient Cell Number: (____)____-____ Patient Email: _____

Celular del paciente: _____ Correo electrónico del paciente: _____

Patient's Race (optional): American Indian/Alaskan Native Asian Black/African American

Raza del paciente (opcional): Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano

Native Hawaiian/Other Pacific Islander White More than 1 race: _____

Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico Blanco Más de una raza: _____

Ethnicity (optional): Hispanic/Latino Arab/Chaldean Non-Hispanic/Latino/Arabic

Origen étnico (opcional): Hispano/Latino Árabe/Caldeo No hispano/Latino/Árabe

Patient's Doctor/Primary Care Physician (PCP): _____

Médico/Médico de atención primaria (PCP) del paciente: _____

Doctor phone number: (____)____-____ Date of last physical exam: _____

Teléfono del médico: _____ Fecha del último examen físico: _____

Parent/Guardian (Please provide copy of legal document if not biological parent)

Padre/madre/tutor (si no es el padre biológico, dé una copia del documento legal)

Last name: _____ First name: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Date of Birth: ____ / ____ / ____ Relationship to Patient: _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Phone Number: (____) _____ - _____ 2nd Phone Number: (____) _____ - _____
Teléfono: _____ 2^{do} teléfono: _____

Email: _____
Correo electrónico: _____

Emergency Contact: _____ Phone Number: (____) _____ - _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Insurance Information Patient's Medical Insurance: Medicaid Private None
Información sobre el seguro Seguro médico del paciente: Medicaid Privado Ninguno

Name of Insurance (Ex: Molina, Meridian, HAP, BCBS, etc.): _____
Nombre del seguro (p. ej.: Molina, Meridian, HAP, BCBS, etc.): _____

Member ID Number (number on card) _____ Group Number: _____
Número de identificación de miembro (número en la tarjeta) _____ Número del grupo: _____

Member name if other than patient: _____ Date of Birth: ____ / ____ / ____
Nombre del miembro si no es el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relationship to patient: _____
Relación con el paciente: _____

Family Information

Información de la familia

Who does the child live with? Mother Father Grandmother Grandfather Other _____
¿Con quién vive el niño? Madre Padre Abuela Abuelo Otro _____
 Brothers - how many? _____ Sisters - how many? _____
 Hermanos (¿cuántos?) _____ Hermanas (¿cuántas?) _____

Are there pets in the home? Yes No
¿Hay mascotas en la casa? Sí No

Does anyone smoke in the home? Yes No
¿Alguien fuma en casa? Sí No

Patient's Medical History: check yes or no for each item.
Historia médica del paciente: marque sí o no para cada artículo.

Any allergies to medicines? Yes No
¿Tiene alguna alergia a los medicamentos? Sí No

If yes, please list medicine and reaction: _____

Si la respuesta es sí, describa el medicamento y la reacción: _____

Any history of severe allergic reaction or anaphylaxis?
¿Tiene historia de reacciones alérgicas graves o de anafilaxis? Yes No
 Sí No

Any food allergies?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
¿Alergias a alimentos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
If yes, please list: _____		
Si la respuesta es sí, describa:		
Any surgeries (i.e. tonsils, hernia, appendix)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido alguna cirugía (p. ej., de amígdalas, hernia, apéndice)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
If yes, please list: _____		
Si la respuesta es sí, describa:		
Any mental health history (i.e. anxiety, depression)?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene historia de salud mental (p. ej., ansiedad, depresión)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asthma	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Bladder problems (bedwetting)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Problemas de vejiga (moja la cama)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Seizure (epilepsy)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia (low iron/blood count)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Anemia (deficiencia de hierro/bajo recuento de sangre)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
High blood pressure (hypertension)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Presión alta (hipertensión)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Concerns with weight	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Problemas de peso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sickle cell disease/trait	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad/rasgo de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Eczema/rashes/skin problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Eczema/sarpullido/problemas en la piel	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Heart problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Stomach problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Problemas del estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Headaches	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
ADD/ADHD (attention deficit disorder)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
TDA/TDAH (trastorno por déficit de atención)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Fainting or concussion	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Desmayos o traumatismo en la cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hay fever/seasonal allergies	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Fiebre del heno/alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Other health problems	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Otros problemas médicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
If yes, please list: _____		
Si la respuesta es sí, describa:		

HENRY FORD HEALTH

Department of Pediatrics

School-Based and Community Health Program (SBCHP) Health Center

Departamento de Pediatría (Department of Pediatrics)

Centro médico del Programa de atención médica de la escuela y la comunidad (SBCHP)

Consent Form: To be completed by Parent/Guardian or Patient (age 18 or over)

Formulario de consentimiento: Debe completarlo el padre/la madre/el tutor del paciente (mayor de 18 años)

Patient's legal name (first, last, middle initial) _____

Nombre legal del paciente (nombre, apellido, iniciales)

I understand and agree to the following:

Entiendo y acepto lo siguiente:

- **This consent form is valid until the child turns 18. At that time they can sign their own consent form.**
Este formulario de consentimiento es válido hasta que el niño cumpla 18 años. En ese momento puede firmar su propio formulario de consentimiento.
- **I can cancel this consent by giving a written letter to the health center.**
Puedo cancelar este consentimiento entregando una carta por escrito al centro médico.
- The patient may get medical and behavioral health care at the Henry Ford Health School Based and Community Health Center (health center).
El paciente puede recibir atención médica y de salud conductual en el centro médico de la escuela y la comunidad de Henry Ford Health (centro médico).
- The patient may get telehealth or virtual health care from a Henry Ford Health doctor or provider.
El paciente puede recibir atención médica mediante telesalud o en forma virtual de un médico o proveedor de Henry Ford Health.
- The health center can share the patient's health information with other health care and behavioral health providers.
El centro médico puede compartir la información médica del paciente con otros proveedores de atención médica y de salud conductual.
- The health center may give information about treatment to insurance companies or others to get payment for services.
El centro médico puede dar información sobre el tratamiento a las compañías de seguros o a otros para cobrar por los servicios.
- If the patient needs prescription medicine and it is delivered to the school, the patient may bring the medicine from school to home with no supervision.
Si el niño necesita un medicamento de venta con receta y se lo entregan en la escuela, puede llevarlo de la escuela a casa sin supervisión.
- Health Center staff will call 9-1-1 first, and then they will call the parent or guardian if there is an emergency.
Si hay una emergencia, el personal del centro de atención médica llamará primero al 9-1-1 y después a los padres o al tutor.
- I do not need to give permission or consent for emergency transportation
No necesito dar permiso o consentimiento para el transporte de emergencia
- I received a copy of the Henry Ford Health Notice of Privacy Practices.
Recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Henry Ford Health.

Check one of the below:

Marque una de las opciones de abajo:

- I am the parent or legal guardian of the child who is under the age of 18.
Soy el padre, la madre o el tutor legal del niño menor de 18 años.
- I am the patient named above and 18 years of age or older.
Soy el paciente indicado arriba y soy mayor de 18 años.

Signature
Firma

Date
Fecha

I agree that:

Acepto que:

- The health center can get a copy of the patient's vaccine record from the school office, primary care provider's office, local health department, or MCIR (Michigan Care Improvement Registry).
El centro de atención médica puede obtener una copia del registro de vacunas del paciente en la oficina de la escuela, el consultorio del proveedor de atención primaria, el departamento de salud local o el MCIR (Michigan Care Improvement Registry).
- I understand that a form explaining any vaccines the child needs and specific vaccine information sheets (VIS) will be shared with me.
Entiendo que me darán un formulario que explique cualquier vacuna que necesite el niño junto con una hoja de información específica sobre vacunas (VIS).
- **The health center will not give the patient any vaccines until written or verbal consent has been given by the parent/guardian at the time of service.**
El centro médico no dará al paciente ninguna vacuna hasta que el padre/la madre/el tutor haya dado su consentimiento verbal o por escrito en el momento del servicio.

Check one of the below:

Marque una de las opciones de abajo:

- I am the parent or legal guardian of the child who is under the age of 18.
- Soy el padre, la madre o el tutor legal del niño menor de 18 años.
- I am the patient named above and 18 years of age or older.
- Soy el paciente indicado arriba y soy mayor de 18 años.

Signature
Firma

Date
Fecha