

HENRY FORD HEALTH

Departamento de Pediatría (Department of Pediatrics) Centro médico del Programa de Atención Médica en Escuelas y de la Comunidad (SBCHP)

Department of Pediatrics School-Based and Community Health Program (SBCHP) Health Center

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

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

Nombre legal del paciente (nombre, apellido, iniciales del segundo nombre):

Patient's Legal Name (First, Last, Middle Initial): _____

Entiendo y acepto esto:

I understand and agree to the following:

- Este formulario de consentimiento es válido hasta que el niño cumpla 18 años. En ese momento puede firmar su propio formulario de consentimiento.
This consent form is valid until the child turns 18. At that time, they can sign their own consent form.
- Puedo cancelar este consentimiento entregando una carta por escrito al centro médico.
I can cancel this consent by giving a written letter to the health center.
- El paciente puede recibir atención médica mediante telesalud o de manera virtual de un médico o proveedor de Henry Ford Health.
The patient may get telehealth or virtual health care from a Henry Ford Health doctor or provider.
- El centro médico puede compartir la información médica del paciente con otros proveedores de atención médica y de salud conductual.
The health center can share the patient's health information with other health care and behavioral health providers.
- El centro médico puede dar información sobre el tratamiento a las compañías de seguros o a otros para cobrar.
The health center may give information about treatment to insurance companies or others to get payment.
- Si el paciente necesita un medicamento con receta y se lo entregan en la escuela, el paciente puede llevarlo de la escuela a casa sin supervisión.
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 hay una emergencia, el personal del centro médico llamará primero al 9-1-1 y después a los padres o al tutor.
Health Center staff will call 9-1-1 first, and then they will call the parent or guardian if there is an emergency
- No necesito dar permiso o consentimiento para el transporte de emergencia.
I do not need to give permission or consent for emergency transportation.
- El paciente puede recibir atención médica y de salud conductual en el centro médico de la escuela y de la comunidad de Henry Ford (centro médico). Estos servicios médicos pueden incluir:
The patient may get medical and behavioral health care at the Henry Ford School based and Community Health Center (health center). These health services may include:
 - Servicios médicos**
Medical Services
Servicios en lugares con un enfermero de práctica avanzada o un enfermero registrado:
Services at sites with a nurse practitioner or registered nurse:
 - Visitas por enfermedad (cuidado de enfermedades/lesiones)
Sick visits (illness/injury care)
 - Evaluación de la audición y de la vista
Hearing and vision screening
 - Información médica
Health education
 - Análisis de laboratorio/remisiones, según sea necesario
Lab testing/referrals as needed
 - Inmunizaciones (vacunas)
Immunizations (vaccines)
 - Pruebas de embarazo y remisión
Pregnancy testing and referral
 - Recursos de la comunidad
Community resources

Servicios en lugares con un enfermero de práctica avanzada:

Services at sites with a nurse practitioner:

- Chequeos/exámenes de rutina
Checkups/wellness exams
- Exámenes físicos para deportistas
Sports physicals
- Atención de condiciones de largo plazo, como asma
Care of long-term conditions, like asthma
- Orientación, pruebas y tratamiento para STI/VIH
STI/HIV counseling, testing, and treatment

Servicios de salud conductual (todos los lugares):

Behavioral Health Services (all sites):

- Orientación/terapia individual o de grupo
Individual or group counseling/therapy
- Psiquiatría por medio de telesalud
Psychiatry via telehealth
- Intervención por crisis
Crisis intervention
- Orientación/terapia de familia
Family counseling/therapy
- Consejería y remisiones por consumo de sustancias
Substance use counseling and referrals
- Prevención, intervención, información y grupos de apoyo
Prevention, intervention, education, & support groups

Marque una de las opciones de abajo:

Check one of the below:

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

Firma

Signature

Fecha

Date

I agree that:

Acepto que:

- 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 (Registro de Mejora de la Atención Médica de Michigan).
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).
- Entiendo que me darán un formulario que explique cualquier vacuna que necesite el niño junto con una hoja de información específica de las vacunas (VIS).
I understand that a form explaining any vaccines the child needs and specific vaccine information sheets (VIS) will be shared with me.
- El centro médico no dará al paciente ninguna vacuna hasta que el padre/madre/tutor haya dado su consentimiento verbal o por escrito en el momento de los servicios.
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 services.

Marque una de las opciones de abajo:

Check one of the below:

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

Firma

Signature

Fecha

Date

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? Yes No
¿Tiene historia de reacciones alérgicas graves o de anafilaxis? Sí No

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

