



Ronald McDonald Care Mobile
Datos demográficos del paciente, acuerdos y autorizaciones

Información del paciente

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____
 Código postal: _____ Número de teléfono de la casa: _____

Información del pariente/del tutor legal

Apellido: _____ Primer nombre: _____
 Domicilio: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____
 Número de teléfono celular/el número que prefiere que le llamemos primero : _____

Información del seguro médico / doctor

¿Quién es **médico regular o primario** de su hijo? _____ ¿Cuándo fue la última cita con su doctor? _____
 Nombre _____ Número de teléfono: _____
 Dirección _____ Número de fax: _____
 ¿Cuál tipo de seguro médico tiene su hijo/hija (favor de marcar)? Nombre del Plan: _____
 Medicaid/Ayuda Publica No seguro médico Seguro privado Numero del Plan: _____
 ¿Podemos darle a su hijo/hija comida saludable (puede contener cacahuete, soja, leche, huevo o gluten)? Sí _____ No _____
Denos la lista de las vacunas REQUIRIDAS que NO quiere que su hijo/hija reciba: _____
Favor de marcar las vacunas RECOMENDADAS que quiere o no quiere que su hijo/hija reciba:
La vacuna de la gripe Sí _____ No _____ **Hepatitis A (serie de 2 dosis)** Sí _____ No _____
La vacuna contra el VPH (Virus del Papiloma Humano) Sí _____ No _____
 (serie de 2 si tiene 11-15 años, serie de 3 si tiene más de 15 años)

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO: Por el presente, consiento al tratamiento proporcionado por médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica de Advocate. Entiendo que los médicos, las enfermeras y otros proveedores de atención médica que se están capacitando en el hospital pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en el tratamiento de mi hijo(a) y consiento la participación de dichos estudiantes en estos servicios. Este tratamiento puede incluir examen físico, chequeos de salud y todas las vacunas recomendadas y requeridas excepto las que usted denegó anteriormente.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:

- Autorizo el uso y la divulgación de mi información personal de salud (PHI) con fines relativos a mis diagnósticos o mis tratamientos, a la obtención del pago de mi tratamiento, o con fines relativos a la realización de las operaciones de atención médica del Advocate Medical Group.
- Autorizo a Advocate a divulgar toda la información necesaria durante la tramitación de solicitudes de cobertura financiera para los servicios. Esta autorización dispone que Advocate pueda divulgar información clínica objetiva relacionada con mi diagnóstico y mi tratamiento, que pueda ser solicitada por mi compañía de seguro o su agente designado.
- Autorizo a Advocate a proporcionar a la institución educativa de mi hijo una copia de su examen médico, incluidas las vacunas que se le hayan administrado.
- Autorizo a Advocate divulgar la información de la visita al proveedor de atención médica primaria o medico mencionados.

CESIÓN DE BENEFICIOS. En contraprestación de los servicios proporcionados, por el presente, cedo y autorizo el pago directo a Advocate Medical Group de todos los beneficios del seguro, del plan de salud o de otro pagador independiente que de lo contrario serían pagaderos a mí o en mi nombre por servicios para paciente ambulatorio.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald se hizo posible debido a una subvención de Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), una corporación benéfica sin fines de lucro y exenta de impuestos. RMHC no es responsable ni tiene obligación legal por la operación de este Centro de Atención Móvil Ronald McDonald, ni por cualquiera de las actividades médicas o dentales que se lleven a cabo dentro del mismo.

Pariente/Tutor del paciente: _____ **Fecha:** _____