



2600 Technology Drive Suite 200, Orlando, FL 32804

**ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE**  
(THIS FORM MUST BE COMPLETELY FILLED OUT)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

**Consentimiento de los Padres para El Centro de Salud de Adolescentes Xpress**

(Teen Xpress Health Center Parental Consent)

**Por favor, lea cuidadosamente y complete la siguiente declaración de consentimiento autorizando a su hijo/hija menor de edad a recibir servicios de Adolescentes Xpress (Teen Xpress).**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Sexo: M o F Grado: \_\_ Nombre de la Escuela/Localidad: \_\_\_\_\_

**Nombre de los Padres/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico de los Padres o del Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Adolescente: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico del Adolescente: \_\_\_\_\_

**Los servicios proporcionados por el médico y/o enfermero(a) practicante, terapeuta, nutricionista y administrador de casos en Adolescentes Xpress (Teen Xpress) incluyen:**

- Examen físico completo
- Referidos
- Consejería de salud mental
- Medicamentos y vacunas
- Diagnóstico y tratamiento
- Educación nutricional

¿Tiene su hijo/hija seguro médico?  Si  No En caso afirmativo, proporcione el nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen físico de su hijo/hija \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo/hija atención en el departamento de emergencia en los últimos 12 meses?  Si  No  
¿Para qué? \_\_\_\_\_

**Historial Médico Familiar** A ser completado por los padres/tutor legal (Marque todo lo que aplica)

¿Han tenido ustedes (padres de sangre) o algún familiar cercano a su hijo(a) alguno de los siguientes?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal          | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca   | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental | <input type="checkbox"/> Muerte súbita    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Convulsiones              | <input type="checkbox"/> Otro _____       |

**Historial médico del Hijo/Hija** - A ser completado por los padres/tutor legal (Marque todo lo que aplica)

¿Ha tenido usted alguno de los siguientes?:

- |  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos                       | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco              | <input type="checkbox"/> Lesiones del cuello               | <input type="checkbox"/> Fiebre inexplicada |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad              | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco             | <input type="checkbox"/> Sangrado por la nariz             | <input type="checkbox"/> Problemas de peso  |
| <input type="checkbox"/> Dolor de espalda                                  | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo                    | <input type="checkbox"/> Hernia                      | <input type="checkbox"/> Neumonía                          | <input type="checkbox"/> Otro _____         |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de conocimiento                           | <input type="checkbox"/> Lesión ocular                        | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/baja  | <input type="checkbox"/> Falta de respiración              | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Infección de la vejiga                            | <input type="checkbox"/> Latidos del corazón rápido en reposo | <input type="checkbox"/> Periodos de calor y frío    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho                                    | <input type="checkbox"/> Fracturas                            | <input type="checkbox"/> Problemas en articulaciones | <input type="checkbox"/> Rasgos de células falciformes     | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Conmociones cerebrales                            | <input type="checkbox"/> Mareos Frecuentes                    | <input type="checkbox"/> Problemas renales           | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Sordera   | <input type="checkbox"/> Lentes/lentes de contacto            | <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides         | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza                    |  | <input type="checkbox"/> Ulceras                           | _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Dislocación de un hueso, un tendón o articulación | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                  |  |  |   |

Proporcionar detalles sobre cualquiera de los puntos antes mencionados:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



2600 Technology Drive Suite 200, Orlando, FL 32804

**ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE**  
(THIS FORM MUST BE COMPLETELY FILLED OUT)

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

¿Alguna vez ha tenido su hijo/hija cirugía?  Si  No En caso afirmativo. ¿De qué tipo? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido su hijo/hija hospitalizado(a)?  Si  No En caso afirmativo. ¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Está tomando su hijo/hija algún medicamento, vitaminas o remedios caseros?  Si  No En caso afirmativo.

¿Que está tomando? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/hija alergia a algún medicamento?  Si  No En caso afirmativo. ¿A qué medicamento? \_\_\_\_\_

Entiendo que la ley federal requiere la confidencialidad del historial médico del paciente, por lo tanto el historial no será divulgado a ninguna otra persona o entidad que no sea proveedora de salud sin mi permiso previo.

Entiendo que cierta información como el historial de antecedentes y el resultado de pruebas pueden ser usados para propósitos de evaluación y pueden ser reportados a fuentes externas de financiamiento sin identificadores personales adjuntados a los datos de información.

Por medio de la presente desligo a Orlando Health, sus afiliados, directores, oficiales, empleados, agentes, sucesores y cesionarios de cualquier y de toda responsabilidad que surja de o en alguna manera en conexión a los servicios que mi hijo/hija reciba de Adolescents Xpress (Teen Xpress).

Padres/Tutor Legal (Nombre en Imprenta)	Fecha	Hora	Padres/Tutor Legal (Firma)	Fecha	Hora
---	-------	------	----------------------------	-------	------

**ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO COMPLETAMENTE**  
(THIS FORM MUST BE COMPLETELY FILLED OUT)

**ESTE FORMULARIO DEBE SER REVISADO UNA VEZ AL AÑO**  
(THIS FORM MUST BE REVIEWED ONCE A YEAR)