



ORLANDO HEALTH®



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

2600 Technology Drive Suite 200, Orlando, FL 32804

ESTE FORMULARIO DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE

Consentimiento de padres del Centro Médico Teen Xpress

Lea detenidamente y complete la siguiente declaración de consentimiento que autoriza a su hijo/a menor a recibir servicios de Teen Xpress. **Los servicios provistos por el médico o enfermera especializada, terapeuta, nutricionista y administrador de casos con Teen Xpress incluyen:**

- Examen médico completo
- Referencias médicas
- Consejería para la salud mental
- Medicamentos e inmunización
- Diagnóstico y tratamiento
- Educación nutricional

Nombre legal de su hijo/a según aparece en el certificado de nacimiento: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M o F, otro Grado: _____ Sitio/Nombre de la escuela: _____
 mm dd aaaa

Firma del padre/tutor legal: _____ Número de teléfono: _____
 Dirección: _____ Apto. # _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____
 Nombre del contacto de emergencia: _____ Número del contacto de emergencia: _____
 Relación con el contacto de emergencia: _____ Padre/Correo electrónico del tutor: _____
 Número de teléfono del adolescente: _____ Correo electrónico del adolescente: _____

¿Tiene su hijo/a seguro médico? Sí No En caso afirmativo, ¿cuál es el seguro médico? _____
 Medicaid Privado Otro: _____
 Nombre de su médico primario: _____ Fecha del último examen físico de su hijo/a: _____

Historia médica familiar - Debe completarla el padre/tutor. *(Marque todas las que correspondan)*
 ¿Ha padecido usted (si es el padre biológico), o un pariente cercano de su hijo/a, alguna de las siguientes condiciones?
 Anemia Diabetes Enfermedad renal Accidentes cerebrovasculares (derrames)
 Trastorno de coagulación Enfermedad del corazón Problemas de la salud mental Muerte repentina
 Cáncer Tipo: _____ Hipertensión Convulsiones Otra: _____

Historia médica del hijo/a - Debe completarla el padre/tutor. *(Marque todas las que correspondan)*
 ¿Padece su hijo/a alguna de las siguientes condiciones?
 Anemia Dolor de oído Insolación Enfermedad/rasgo de células falciformes Otro: _____
 Asma Sangrado en exceso Hernia TB _____
 Dolor de espalda Lesión ocular Presión alta/baja Enfermedad de la tiroides _____
 Infección de la vejiga Fracturas Problemas en las articulaciones Úlceras _____
 Dolor de pecho Mareo frecuente Problemas renales Fiebre inexplicable _____
 Comoción cerebral/desmayos Lentes/lentes de contacto Problemas de la salud mental Problemas de peso _____
 Sordera Dolores de cabeza Lesión del cuello Trastorno de Déficit de Atención (TDA) _____
 Diabetes Enfermedad del corazón Sangrado de nariz Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDA/H) _____
 Dislocación de un tendón, articulación o hueso Soplo cardíaco Neumonía Falta de aire _____

Dé más detalles sobre cualquiera de las afecciones marcadas anteriormente: _____

¿Se le ha realizado a su hijo/a alguna cirugía? Sí No En caso afirmativo, ¿Qué tipo? _____ ¿A qué edad? _____
 ¿Su hijo ha sido hospitalizado? Sí No En caso afirmativo diga la razón: _____ ¿A qué edad? _____
 ¿Recibió su hijo/hija atención médica en el Departamento de Emergencia en los últimos 12 meses? Sí No
 Diga la razón _____
 ¿Está tomando su hijo/a algún medicamento, vitamina o remedio casero? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
 ¿Tiene su hijo/a alguna alergia a medicamentos? Sí No En caso afirmativo, ¿a qué? _____
 ¿Tiene su hijo/a alergia a algún medicamento? Sí No En caso afirmativo, ¿a qué? _____

Entiendo que la ley federal requiere que se mantenga la confidencialidad del expediente médico del paciente y el expediente no será divulgado a ninguna persona ni entidad que no sea mi proveedor médico sin mi permiso.
 Entiendo que alguna información, como mis antecedentes y puntaje en exámenes puede usarse para fines de evaluación y reportarse a patrocinadores externos sin datos de identificación personal.
 Eximo a Orlando Health, sus afiliados, directores, oficiales, empleados, agentes, sucesores y cesionarios de cualquier responsabilidad que se origine por o se relacione con los servicios de Teen Xpress que mi hijo/a recibe.

Padre/tutor legal (Nombre en imprenta) Fecha Hora Padre/tutor legal (Firma) Fecha Hora