

**Ronald McDonald Care Mobile**

**Información Demográfica del Paciente y Formulario de Acuerdos y Autorizaciones del Paciente Información General del Paciente**

Nombre completo del niño	Fecha de nacimiento del niño	Edad del niño	Sexo del niño <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección del niño	Ciudad/Estado		Código postal
Escuela del niño	Grado del niño	Raza del niño (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____	Idioma preferido por el niño
Nombre completo del padre/tutor legal	Mejor número de contacto diurno		

**Información sobre el médico/seguro**

Médico de cabecera/habitual del niño	Dirección del médico	Número de teléfono del médico
¿Qué tipo de seguro tiene su hijo (encierra en un círculo)? Medicaid/Seguro público Sin seguro Seguro privado (PPO/HMO) Número de identificación de Medicaid: _____		Número de fax del médico <input type="checkbox"/> el niño NO tiene un médico de atención primaria

**Información sobre las vacunas**

<b>Anote todas las vacunas EXIGIDAS por su escuela que usted NO desea que su hijo reciba</b>		
<b>Nuestro equipo, junto con la Academia Americana de Pediatría, RECOMIENDA vacunas adicionales importantes para la salud de su hijo. Encierre en un círculo lo que NO desea que su hijo reciba</b>		
Vacunas contra el VPH (a partir de los 11 años de edad)	Vacuna contra la gripe (estacional)	Vacuna contra la hepatitis A

¿Puede su hijo recibir refrigerios saludables gratuitos? (pueden contener nueces, soya, productos lácteos, huevo o gluten) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:**

- Autorizo/permiso el uso y la divulgación de esta información personal de salud (IPS) con el propósito de diagnosticar o brindar tratamiento a mi hijo, obtener el pago por la atención médica, o para la gestión de las actividades comerciales de atención médica de Advocate Children's Hospital/Advocate Medical Group (en adelante, el "Advocate").
- Autorizo/permiso a Advocate a divulgar información que pueda ser necesaria en el proceso de solicitud de asistencia financiera o cobertura de seguro para los servicios prestados. Esta autorización estipula que Advocate puede divulgar información clínica específica relacionada con el diagnóstico y tratamiento de mi hijo, la cual puede ser solicitada por una compañía de seguros o su representante.
- Autorizo a Advocate a proporcionar a la institución educativa/escuela de mi hijo una copia del examen de salud, incluidas las vacunas administradas. Autorizo a Advocate a divulgar la información de la visita al médico de atención primaria mencionado anteriormente.

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Este Ronald McDonald Care Mobile es posible gracias a una donación de Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), una organización sin ánimo de lucro, exenta de impuestos. RMHC no tiene responsabilidad ni obligación alguna por el funcionamiento de este Ronald McDonald Care Mobile ni por ninguna de las actividades médicas u odontológicas que se lleven a cabo en el mismo.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Doy mi consentimiento / autorización para el tratamiento proporcionado por médicos, enfermeras u otros proveedores de atención médica designados de Advocate. Entiendo que los médicos, las enfermeras y otros proveedores de atención médica en capacitación pueden, bajo la supervisión del personal pertinente, participar en el tratamiento de mi hijo y doy mi consentimiento/autorización a dicho proveedor de atención médica en capacitación para que participe en el mismo. Este tratamiento puede incluir examen físico, chequeos de salud y todas las vacunas recomendadas y exigidas, excepto en los casos en que se haya renunciado a ellas.

Por medio de la presente exonero, libero y eximo de responsabilidad a Advocate Health and Hospitals Corporation, cuyo nombre comercial es Advocate Children's Hospital y sus empresas matrices, subsidiarias, afiliadas, predecesores, sucesores y cesionarios, agentes, accionistas y empleados (pasados y presentes) de y de toda responsabilidad, reclamo o demanda que surja de, o esté relacionada con, cualquier pérdida, daño o lesión, incluyendo la muerte de mi hijo, por cualquier causa, entre las que se incluyen las de negligencia, que pudiera surgir de, o que esté de otra manera en relación con la participación o el tratamiento que se proporciona a mi hijo en el programa Ronald McDonald Care Mobile. Esta exoneración es vinculante para mis herederos, albaceas, administradores, cesionarios, agentes, abogados y representantes.

Mi firma a continuación constituye mi reconocimiento y aceptación de que he leído y entendido todas las disposiciones de este documento, y lo firmo de forma libre y voluntaria. Se me dio la oportunidad de analizar este formulario y formular preguntas, y que todas las preguntas fueron contestadas a mi entera satisfacción.

Firma del Padre/Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Certificado de interpretación**

Certifico que he interpretado lo anterior al firmante del presente documento en el idioma \_\_\_\_\_.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Firma del intérprete: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo: