



Children's National

Children's National Hospital
Formulario de Registro de Salud Móvil

¿Es usted un nuevo paciente? Sí o No

(¿Ha sido atendido en un centro de Children's National Hospital en el Distrito de Columbia?)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha de Nacimiento del Padre/Madre/Tutor: _____ Sexo: _____

Número de teléfono del padre/tutor: _____

Nombre del seguro: _____

Identificación del seguro: _____ Grupo#: _____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor: _____

Carrera Paciente: _____ Etnicidad del paciente: _____

Idioma principal: _____



Children's National.

Versión revisada del consentimiento a partir de octubre de 2024

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA PROCEDIMIENTOS Y TRATAMIENTO EN SERVICIOS AMBULATORIOS

Sección 1:

Entiendo que Children's National Medical Center (Children's National) necesita que yo firme un consentimiento. Entiendo que necesito firmarlo antes de que a mi hijo o a mí, como paciente mayor de 18 años, nos puedan examinar o tratar. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que Children's National y sus empleados y/o contratistas, incluidos enfermeros de agencias, médicos y miembros del personal que no sean empleados del hospital (contratistas), examinen y traten a este paciente.

Yo, _____ doy mi consentimiento para que Children's National, sus empleados y/o contratistas, incluidos enfermeros de agencias, médicos y miembros del personal que no pertenezcan a Children's National, examinen y traten a _____.

Entiendo lo siguiente:

- Se pueden incluir pruebas y vacunas.
- Es posible que deba otorgar un consentimiento por escrito aparte para algunos tratamientos y procedimientos.
- Puedo cancelar este consentimiento por escrito y/o limitar la divulgación de expedientes médicos. Si notifico por escrito a Children's National para cancelar este consentimiento, Children's National ya no podrá seguir examinando y tratando al paciente.
- No hay garantías en cuanto a conclusiones ni resultados.

Este consentimiento para tratamiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma a continuación para todas las visitas a la clínica de servicios ambulatorios.

Sección 2:

ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN

Entiendo que los aprendices, incluidos, entre otros, residentes, becarios, enfermeros practicantes y asistentes médicos, pueden realizar partes importantes de la atención que mi hijo o yo pueda recibir. Cada aprendiz tendrá las habilidades adecuadas para realizar la atención que se brinda y estará bajo la supervisión del proveedor principal. Entiendo que los nombres de los aprendices y las tareas que realicen se documentarán en el expediente médico.

EDUCACIÓN, PUBLICACIONES, COMERCIALIZACIÓN Y RECAUDACIÓN DE FONDOS

Acepto que Children's National pueda usar información médica no identificable del paciente, declaraciones, ilustraciones, videos o imágenes. Mientras no sea posible identificar al paciente, estos elementos se pueden usar para enseñanza, publicaciones educativas o médicas, comercialización y recaudación de fondos. Si la información identificable o la imagen de un paciente se usa en medios públicos, Children's National solicitará una autorización adicional del tutor legal del paciente.

MUESTRAS Y ANÁLISIS DE SANGRE

Entiendo que puede sobrar parte de la sangre, tejidos y otras muestras tomadas para pruebas o procedimientos después de que hayan finalizado. Acepto que se pueden usar para enseñanza, investigación o revisión de la historia clínica siempre que no se identifique al paciente. Estos usos los debe aprobar primero una Junta de Revisión Institucional y no están cubiertos por la ley de investigación en humanos de los EE. UU. Comprendo que un proveedor de atención médica puede entrar en contacto accidentalmente con la sangre o los fluidos corporales del paciente. Si esto ocurre, doy mi consentimiento para evaluar al paciente para identificar enfermedades infecciosas, incluso el VIH. Acepto que la persona expuesta puede recibir los resultados. Entiendo que la ley puede exigir que Children's National informe de algunas conclusiones médicas al gobierno.

OBSERVACIÓN Y MONITOREO

Entiendo que Children's National puede usar videos u otros dispositivos de grabación para tratamiento, enseñanza, monitoreo de la afección, progreso y seguridad del paciente u otros fines clínicos, incluida la mejora de la calidad relacionada con los servicios de Children's National. Las fotos creadas para estos fines no identificarán al paciente por su nombre. Esto no incluye fotos para publicidad que implican la firma de un consentimiento y un formulario de divulgación aparte.

Sección 3:

TELEMEDICINA

Doy mi consentimiento para visitas de valoración y/o tratamientos de telemedicina con Children's Hospital. Entiendo que, como paciente participante, mi médico y yo nos comunicaremos por televisión interactiva (videoconferencia) con médicos, proveedores de salud mental y profesionales de la salud de Children's Hospital. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se pueden garantizar conclusiones ni resultados de estos exámenes y tratamientos. También entiendo que Children's Hospital enviará facturas a mi compañía de seguros por cualquier servicio de telemedicina relacionado; cualquier servicio no cubierto me lo facturarán a mí directamente.

Comprendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que el proveedor de atención de salud o yo podemos interrumpir la consulta de telemedicina de mi hijo si vemos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.

Entiendo que puede ser necesario que otras personas estén presentes durante la consulta además del equipo y el proveedor de atención de salud de mi hijo. Estas personas están obligadas a mantener la confidencialidad de toda la información que se obtenga. También comprendo que tengo el derecho de solicitar lo siguiente cuando haya otros individuos, incluido personal médico y no médico, presentes: (1) omitir detalles específicos de los antecedentes médicos/examen médico de mi hijo que son sensibles desde el punto de vista personal; (2) pedir a estos individuos que salgan de la habitación donde se hacen los exámenes; o (3) finalizar la consulta en cualquier momento.

Entiendo que la responsabilidad del proveedor de atención de salud de telemedicina termina cuando finaliza la conexión de la videoconferencia y Children's National no es responsable de las acciones del establecimiento distante.

Entiendo que cualquier imagen del miembro u otra información identificable del servicio de telemedicina se usarán para propósitos médicos y el Children's National las conservará como expedientes médicos confidenciales, según la ley federal y estatal. También entiendo que tengo derecho a oponerme a que se grabe la consulta.



OPSC



Children's National.

Versión revisada del consentimiento a partir de octubre de 2024

Sección 4:

ACCESO DE LOS PADRES A INFORMACIÓN, VISITAS, DIVULGACIÓN (para pacientes menores de 18 años)

Entiendo que cualquiera de los padres puede ver el expediente médico, visitar al paciente, llevarlo a casa o tomar decisiones de atención. Si un tribunal ha limitado los derechos de cualquiera de los padres, acepto entregarle a Children's el documento del tribunal que lo indique. Acepto indicarle a Children's National los nombres de cualquier otra persona que quiera obtener información sobre mi hijo. Acepto informarle a Children's National cómo comunicarse conmigo por teléfono, teléfono celular, fax, correo o correo electrónico. Al darle al Children's National mi número de teléfono celular y/o fijo, acepto que el Children's National o sus socios comerciales contratados me contacten por mensaje de texto, de voz o llamada grabada para todas las llamadas de atención médica tales como: recordatorios de citas, instrucciones de preinscripción, notificaciones de recetas, contabilidad, facturación o cobro de deudas.

Entiendo que Children's National cumple con todas las leyes federales y locales, incluida la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos. Entiendo que este consentimiento permite que Children's National use información de salud privada para tratamiento, pago y operaciones hospitalarias como se define en el Aviso de prácticas de privacidad. Acepto que Children's National pueda usar información de salud no identificable sobre mi hijo para actividades aprobadas de investigación y mejora de la calidad.

Entiendo que, si mi hijo está inscrito en el sistema escolar público o privado local, se podrá compartir información limitada sobre su admisión con el personal de enfermería de la escuela para garantizar la continuidad de la atención después del alta.

Los datos de salud de usted o de su hijo se comparten entre proveedores de atención médica autorizados dentro de nuestro intercambio de información, el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP), e intercambios de información a mayor escala (Commonwell/Carequality) para garantizar que haya información precisa y completa disponible para que su cuidado o el de su hijo sea más seguro, más eficiente y menos costoso. El intercambio de información de salud del hospital Children's National y CRISP conecta al hospital Children's National con departamentos regionales de emergencias, centros de salud comunitarios, profesionales de la salud independientes, registros regionales de vacunas y laboratorios comerciales.

Puede cancelar el intercambio de información de salud del hospital Children's National y Commonwell/Carequality, y deshabilitar el acceso a la información de salud de su hijo disponible a través del HIE. Notifique a un representante de registro de recepción para completar el proceso de cancelación. Si bien puede darse de baja en estas redes, la información de salud que se haya recibido o a la que se haya accedido a través del HIE antes de esa cancelación, y haya sido incorporada en un registro de salud, podrá ser retenida por ese proveedor.

Puede cancelar la participación en el CRISP y deshabilitar el acceso a su información de salud disponible a través del número 1-877-952-7477 del CRISP o puede completar y enviar un formulario de exclusión voluntaria por correo, fax o su sitio web, crisphealth.org. Incluso si se da de baja en el CIQN y el CRISP, los informes estatales de salud pública y los informes de sustancias controladas, como el Programa de Control de Medicamentos con Receta (PDMP) de Maryland, seguirán estando disponibles para los proveedores según lo requiera y permita la ley.

Sección 5:

AUTORIZACIÓN DE PAGO, SEGURO Y CESIÓN DE BENEFICIOS

Cedo a Children's National el derecho de facturarle a cualquier seguro que cubra al paciente y cobrarle. Acepto ayudar a Children's National a solicitar el pago e informarle sobre cualquier recurso para el pago de la factura del paciente. Pagaré cualquier deducible, copago y monto denegado o no cubierto por el seguro. Si el paciente no tiene seguro, solicitaré programas de asistencia médica como Medicaid, entre otros. Si el paciente no tiene seguro y no es elegible para un programa de asistencia médica, acepto darle información financiera a Children's National para ver si soy elegible para cargos reducidos o fondos de caridad. Entiendo que puede haber tarifas profesionales asociadas con la atención del paciente y que estas se facturarán aparte por las personas u organizaciones que proporcionaron los servicios. Cedo el derecho de facturarle y cobrarle a cualquier seguro que cubra al paciente lo que corresponda por médicos, cuidadores u otros proveedores de servicios que no sean empleados de Children's National y cuyos servicios se facturarán aparte por todo el tratamiento proporcionado.

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación por parte de Children's National y/o los proveedores de atención médica del paciente de partes de los expedientes del paciente, como expedientes médicos (incluso información psiquiátrica, de abuso de drogas y alcohol, pruebas genéticas y resultados de pruebas de laboratorio específicas que puedan contener diagnósticos de VIH o sida), a cualquier persona o entidad que sea o pueda ser responsable de todos o parte de los cargos de Children's National y/o proveedores, incluidos, entre otros, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica, compañías de indemnización laboral, organizaciones de revisión médica o de utilización de lo anterior o para cualquier otra persona o entidad según sea necesario en relación con esos pagos o reembolsos.

También acepto que Children's National y/o el proveedor del paciente puedan obtener de cualquier fuente y examinar y usar, o analizar y divulgar, la información del expediente médico del paciente (incluso antecedentes médicos, exámenes, diagnósticos, tratamientos o cualquier información psiquiátrica, de abuso de drogas y alcohol o sobre pruebas genéticas, o información sobre el VIH o el sida) para que el personal y agentes de Children's National, otros proveedores de atención médica, auditores de expedientes médicos, comités de atención profesional, evaluadores y organismos gubernamentales puedan tratar al paciente o para que Children's National lleve a cabo su deberes operativos.

Entiendo que soy responsable de proporcionar a Children's National una prueba de seguro y remisión/autorización; y operar dentro de las pautas de mi compañía de seguros. Entiendo que, si no lo hago, mi seguro puede aplicar los servicios a mi beneficio de nivel más bajo (fuera de la red, es decir, Preferred, POS Choice, Select, etc.). Como resultado, mi responsabilidad financiera 'de bolsillo' puede ser mayor, y soy personalmente responsable de realizar el pago total de todos los cargos resultantes de este consentimiento para servicios. Puedo solicitar un estimado del costo si utilizo mis beneficios fuera de la red.





Children's National.

Versión revisada del consentimiento a partir de octubre de 2024

Sección 6:

IDENTIDAD DEL PACIENTE

Con mi firma, indico que he proporcionado información verdadera sobre el nombre y la identidad del paciente. También indico que entiendo la importancia de proporcionar información verdadera y precisa sobre el nombre y la identidad del paciente. Entiendo que la información incorrecta o falsa sobre la identidad puede ocasionar un tratamiento que podría ser perjudicial para el paciente. Entiendo que Children's National se reserva el derecho de tomar medidas por la presentación intencional de información falsa, como transferencia de la atención y notificación adecuada a las autoridades.

Sección 7:

ALTA MÉDICA

Comprendo que Children's National es un centro de cuidados agudos y que, una vez que el paciente esté apto desde el punto de vista médico, recibirá el alta para que se traslade a su hogar o a un centro de cuidados no agudos. Doy mi consentimiento para un traslado o alta una vez que el médico tratante determine que está apto desde el punto de vista médico. Si no llevo al paciente a casa después de que reciba el alta, acepto pagar los cargos totales de hospitalización de Children's National por días y servicios adicionales. Proporcionaré los nombres específicos de cualquier persona que no sea uno de los padres o el tutor legal que esté autorizado a llevar al paciente a casa cuando reciba el alta de la atención hospitalaria o ambulatoria.

EL PACIENTE PUEDE RECIBIR EL ALTA A (opcional):

Nombre (en letra de imprenta)	Relación con el paciente	Número de teléfono
-------------------------------	--------------------------	--------------------

Nombre (en letra de imprenta)	Relación con el paciente	Número de teléfono
-------------------------------	--------------------------	--------------------

DERECHOS DEL PACIENTE (padre, madre o paciente adulto, marque a continuación)

☐ He recibido información sobre los Derechos del paciente y el Aviso de prácticas de privacidad del paciente en Children's National en un idioma que entiendo. Sé a quién contactar si tengo preguntas o inquietudes o para presentar una queja.

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE FACTURACIÓN

☐ Solicito de manera voluntaria que Children's National NO le facture a ningún seguro que yo o el paciente podamos tener, independientemente de si estos servicios están cubiertos por el mismo.

VOLUNTADES ANTICIPADAS: PARA PACIENTES mayores de 18 años de edad. Una directiva anticipada, también conocida como testamento vital, es un documento legal en el que un paciente adulto especifica qué acciones se deben tomar para su salud si ya no lo puede hacer debido a una enfermedad o incapacidad. Hay folletos disponibles para los pacientes mayores de 18 años. Si tiene más de 18 años y desea un documento de voluntades anticipadas, infórmele a un miembro del personal clínico (médico, enfermero o trabajador social).

Si tiene una voluntad anticipada, marque la casilla de abajo y proporcione una copia a su equipo clínico.

☐ Sí, tengo una directiva anticipada.

FIRMAS

Al firmar este consentimiento, reconozco que he leído las secciones 1 a la 7 y estoy de acuerdo con lo que establecen.

Firma del padre/de la madre/de tutor legal/de paciente mayor de 18 años:

Fecha de hoy: / /
DD MM AA

Nombre en letra de imprenta	Relación con el paciente	Número de teléfono
-----------------------------	--------------------------	--------------------





Children's National.

Versión revisada del consentimiento a partir de octubre de 2024

SOLO PARA USO POR EL PERSONAL DE CHILDREN'S NATIONAL

Circunstancias especiales de consentimiento (cuando corresponda):

- ☐ Lo anterior fue revisado con la persona que dio su consentimiento en _____ (idioma), utilizando un intérprete:
- ☐ En persona ☐ Por teléfono ☐ Por video (Si fue por teléfono o video, escriba el número de identidad del intérprete en el campo para firmar a continuación)

Firma del intérprete _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha: ____ / ____ / ____
MM DD AA

- ☐ La parte que otorga su consentimiento no tiene la capacidad física de formar y ha hecho una marca arriba de la línea de firma, con el testigo:

Nombre en letra imprenta del empleado de CN _____ Firma del empleado de CN _____

Consentimiento por teléfono cuando el padre, la madre o el tutor legal no está presente:

Primer intento: Circunstancias especiales de consentimiento (cuando corresponda): ☐ Lo anterior se revisó con la persona que su consentimiento por teléfono.

Nombre/número de teléfono de la persona llamada para recibir el consentimiento _____ Relación con el paciente: _____

_____ Aceptó dar el consentimiento para el tratamiento Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____
MM DD AA

_____ No se le pudo contactar Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____
MM DD AA

_____ Se le dejó un mensaje Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____
MM DD AA

Segundo intento: Circunstancias especiales de consentimiento (cuando corresponda): ☐ Lo anterior se revisó con la persona que dio su consentimiento por teléfono.

Nombre/número de teléfono de la persona llamada para recibir el consentimiento _____ Relación con el paciente: _____

_____ Aceptó dar el consentimiento para el tratamiento Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____
MM DD AA

_____ No se le pudo contactar Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____
MM DD AA

_____ Se le dejó un mensaje Fecha ____ / ____ / ____ Hora _____
MM DD AA

FIRMAS PARA EL CONSENTIMIENTO POR TELÉFONO: *si durante el consentimiento oral por teléfono el padre/madre/tutor legal tiene una pregunta médica, el consentimiento general debe firmarse por los miembros del personal clínico.

- ☐ **Miembro del personal clínico:** al firmar abajo, nosotros, el personal de CN, damos fe de que hemos revisado el consentimiento general y le hemos informado al padre/madre/tutor legal de la naturaleza de los servicios determinados por el equipo médico y hemos contestado todas las preguntas clínicas asociadas.

- ☐ **Miembro del personal no clínico:** al firmar abajo, nosotros, el personal de CN, damos fe de que hemos revisado el consentimiento general y le hemos informado al padre/madre/tutor legal de la naturaleza de los servicios determinados por el equipo médico y el padre/madre/tutor legal no tienen más preguntas.

Nombre en letra imprenta del personal de CN que obtuvo el consentimiento por teléfono

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____
MM DD AA

Nombre en letra imprenta del personal de CN que obtuvo el consentimiento por teléfono

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____
MM DD AA



OPSC



Children's National

Autorización para la Divulgación de Información Médica

Dept. Administración de Información Médica
Lunes a Viernes de 8:00 a.m. - 5:00 p.m.
111 Michigan Avenue, NW
Washington, DC 20010

Teléfono (202) 476-5267/4710
Fax (202) 476-2270
medicalrecords@childrensnational.org

Medical Record # (Office Use Only)

Fecha de nacimiento

Nombre del paciente

Número de Teléfono

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

(1) Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Children's National Medical Center a utilizar y/o divulgar la información médica del individuo nombrado arriba a:

Nombre de la persona y/o agencia

Número de teléfono

Dirección

Ciudad, estado, código postal

(2) Proporcionar los registros por medio de:

- ☐ Correo ☐ Correo Electronico
☐ CD (Solicitudes de uso Personal-Despues de 100 paginas;
Solicitudes de abogado-Despues de 60 paginas)

☐ Fax (Sólo atención al paciente inmediata)

(3) Fecha del servicio (especificar fechas o un rango de fechas): de _____ a _____ y para el propósito de:

- ☐ Atención médica continua ☐ Para uno mismo
☐ Escuela ☐ Otro: _____

(4) Divulgación de la siguiente información (marque toda la información que corresponda que se divulgará):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Abstracto/Resumen | ☐ Informes ambulatorios | ☐ Resultados de radiología *** |
| ☐ Cartilla de vacunación | ☐ Admisión de paciente | ☐ Resultados de odontología *** |
| ☐ Bienestar del niño (exámenes físicos y formas de escuela) | ☐ Informes de resúmenes de alta | ☐ Registros de tratamiento Psiquiátrico, Notas de Psicoterapia (requiere de autorización) |
| ☐ Informes de físicos e historial | ☐ Resultados de laboratorio | ☐ Todos los archivos |
| ☐ Otro: _____ | | |
| ☐ Registros de sala de Urgencias | | |

***Para placas e imágenes radiológicas, llamar a (202) 476-3426

Precios para uso personal 1-4 páginas - GRATIS, 5 páginas o mas - PRECIO FIJO de \$6.50

***Para informes odontológicos, llamar a (202) 476-2160

- (5) Entiendo que la información de salud del individuo nombrado arriba puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, la genética, la actividad sexual, incluyendo los métodos anticonceptivos, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) si es el caso. También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y del tratamiento por el abuso de alcohol y drogas, de acuerdo con el título 42 del CFR parte 2.
- (6) Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de Administración de Información de Salud. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguro cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho de procesar un reclamo bajo mi póliza. Esta autorización vencerá dentro de un plazo de seis meses a menos de que sea revocada en la siguiente fecha, por el siguiente evento o la siguiente condición: _____.
- (7) Entiendo que autorizar la divulgación de esta información médica es voluntaria. Entiendo que hay costos asociados con la re-divulgación excluyendo la atención directa al paciente (es decir comunicación de practicante a practicante). Entiendo que puedo inspeccionar la información que vaya a ser utilizada o divulgada según lo dispuesto en el título 45 del CFR 164.524. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva el potencial de re-divulgación no autorizada y que la información no puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.
- (8) **TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO: esta autorización no se aplica a ninguna información de salud mental obtenida después de la fecha de la firma de la autorización a continuación. La divulgación no autorizada de información de salud mental viola las disposiciones de la Ley de Divulgación de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978. La divulgación puede hacerse conforme a una autorización válida por parte del cliente o según lo provisto en el Título III o IV de la Ley. La ley provee los daños civiles y sanciones penales por la violación.
- (9) Yo, por la presente, declaro que soy el paciente/padre/tutor legal y soy responsable de la divulgación de la información en relación al paciente antes mencionado. (Se necesitará proveer la documentación apropiada con la autorización para procesar la divulgación). NOTA: Si el paciente es mayor de edad (18), el paciente tendrá que firmar la divulgación por sí mismo.

Firma del paciente

Firma del padre de familia o tutor legal

Fecha

Dirección de correo electrónico

Nombre escrito del padre de familia o tutor legal

Testigos



-MEDREC7-

Rev 05/2003, 06/2014, 10/2017, 6/2018, 8/2018, 11/2019, 7/2020



PATIENT BARCODE LABEL

AUTHORIZATION TO CONSENT

1. _____ I am the parent of the child(ren) listed below and there are no court orders now in effect which would prohibit me from exercising the power that I now seek to convey;

OR

_____ I am the legal guardian or custodian of the child(ren) by court order (copy attached, if available) and there are no other court orders now in effect which would prohibit me from exercising the power that I now seek to convey.

2. _____ I am temporarily entrusting to _____, an adult who resides at _____, the care of the following child(ren):

Name Date of Birth

Name Date of Birth

Name Date of Birth

Name Date of Birth

3. The caregiver named above may consent to medical, dental, surgical and/or mental health diagnosis and treatment for the child(ren).

4. I am giving this consent freely and knowingly in order to provide for the child(ren) and not due to pressure, threats, or payments by any person or agency.

5. This authorization will be effective for 90 days from the date of signature.

I hereby swear or affirm that the above statements are true, under penalty of law.

Name

Date



Evaluación de recursos familiares

Para todas las edades



Children's National

Queremos que su familia esté sana y segura, y que tenga acceso a los recursos disponibles en su comunidad. Pedimos a todos que respondan a las siguientes preguntas. Por favor, marque todo lo que corresponda.

Nombre del padre/madre/cuidador: _____ Número de Teléfono: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Código postal: _____ llámeme ☐ envíeme un correo ☐
Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento del niño(a): _____ Idioma: _____

Fecha de hoy: _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.

	Me gustaría obtener ayuda para conseguir alimentos para mi familia	☐
	Tengo problemas para pagar mis facturas de servicios públicos (gas, electricidad, agua o teléfono)	☐
	Necesito ayuda para encontrar un trabajo, capacitación laboral, programas de empleo o para obtener mi GED	☐
	Quiero solicitar beneficios públicos (Food Stamps, WIC, SSI / SSDI, seguro de salud)	☐
	Mi familia necesita cuidados de una guardería, pañales, artículos para bebés o un Cribette/Pack N Play	☐
	Necesito ayuda con la vivienda Situación de vivienda actual: _____	☐
	Problemas del hogar, problemas de arrendamiento: Encierre en un círculo todo lo que corresponda: (plagas, polvo, moho, pintura con plomo, fugas, estufa, refrigerador que no funciona, calefacción que no funciona, no hay detectores de humo,)	☐
	Necesito transporte a citas médicas o ayuda para obtener medicamentos	☐
	¿Alguien, incluyendo su familia, le hace daño?	☐

Comentarios:

Evaluator, Name written: _____ Fecha: _____