

# Permission for Student Treatment by Variety Care

## EL PERMISO PARA EL TRATAMIENTO DE SU ESTUDIANTE



Questions about this form? Call 405-632-6688 / Preguntas? Llámenos 405-632-6688

### Student (Patient) Information *Información del Estudiante (Paciente)*

STUDENT'S FIRST NAME / ESTUDIANTE NOMBRE	MIDDLE INITIAL / SEG. NOMBRE	STUDENT'S LAST NAME / ESTUDIANTE APELLIDO	GENDER / SEXO
STUDENT'S STREET ADDRESS, CITY, STATE, & ZIP CODE / ESTUDIANTE DIRECCION DE SU DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			BIRTH DATE / FECHA DE NACIMIENTO
STUDENT'S PHONE # / ESTUDIANTE NUMERO DE TEL.	STUDENT'S EMAIL OR ALTERNATIVE PHONE # / CORREO ELECTRÓNICO OR OTRO NUMERO DE TEL.		

### Already a patient? *¿Ya eres Paciente?*

Check box if student is already a patient at Variety Care (any location). Please provide any new or changed information below and on back of page, and sign form.  
 PROPORCIONAR CUALQUIER INFORMACIÓN NUEVA O INFORMACIÓN QUE HA CAMBIADO A CONTINUACIÓN Y EN LA PARTE POSTERIOR DE LA PÁGINA Y FIRMAR EL FORMULARIO

### Uninsured or underinsured? *¿Sin Seguro?*

Check box if student is not covered by insurance or has a very high deductible. (Variety Care will contact you to discuss low-cost or no cost options.) MARQUE LA CASILLA SI EL ESTUDIANTE NO ESTÁ CUBIERTO POR SEGURO MÉDICO O TIENE UN ALTO DEDUCIBLE. (VARIETY CARE PONDRÁ EN CONTACTO CON USTED PARA HABLAR DE BAJO COSTO O OPCIONES DE SIN COSTO.)

### Insurance Information *A Segurado*

NAME OF PRIMARY INSURANCE COMPANY / PRINCIPAL SEGURO MEDICO	INSURANCE ID# OR MEDICAID ID / # DE SEGURO MEDICO OR MEDICAID		
INSURANCE COMPANY PHONE # / NUMERO DE TEL. DE SEGURO MEDICO	GROUP # / NUMERO DE GRUPO		
POLICY HOLDER'S NAME / # DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	POLICY HOLDER'S BIRTH DATE / FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR	POLICY HOLDER EMPLOYER / EMPLEO DE TITULAR	

### Emergency Contacts *Información de Contactos de Emergencia*

PARENT OR GUARDIAN NAME / PADRE OR GUARDIÁN	RELATIONSHIP / RELACIÓN	PARENT/GUARDIAN PHONE / NOMBRE DE TEL.
EMERGENCY CONTACT NAME / NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA	RELATIONSHIP/ RELACIÓN	EMERGENCY CONTACT PHONE / NOMBRE DE TEL

### Other Medical Providers Who Treat or Have Treated Student *Otros Proveedores de Servicios Médicos*

OTHER PHYSICIAN'S NAME / NOMBRE DEL MÉDICO	OTHER PHYSICIAN'S PHONE NUMBER / NUMERO	DATE OF LAST VISIT / FECHA DE SU ÚLTIMA CONSULTA
DENTIST'S NAME / NOMBRE DEL DENTISTA	DENTIST'S PHONE NUMBER / NUMERO	DATE OF LAST VISIT / FECHA DE SU ÚLTIMA CONSULTA

### Immunizations *Vacunas*

Is the student current on their immunizations?  
 ¿EL ESTUDIANTE TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE?

Yes /SI     No     Unknown / DESCONOCE

### Females Only *Solamente Mujeres*

Is the student pregnant, nursing, or possibly pregnant?  
 ¿LA ESTUDIANTE ESTÁ EMBARAZADA O POSIBLEMENTE ESTÁ EMBARAZADA? LACTANDO?

Yes /SI     No     Unknown / DESCONOCE

FORM CONTINUED ON BACK SIDE ➡  
 FORMA CONTINÚA EN LA PARTE POSTERIOR ➡

## Allergies *Alergias*

List any allergies, including food (such as lactose), medicines (penicillin or other antibiotic), vaccines, anesthetics (such as lidocaine), and/or other allergies (such as latex)?

LISTA DE CUALQUIER ALERGIAS INCLUYENDO LOS ALIMENTOS (TAL COMO LACTOSA), MEDICAMENTOS (PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO), VACUNAS, ANESTÉSICOS (COMO LA LIDOCAÍNA), U OTRO (COMO EL LÁTEX)?

Attach additional sheets of paper if necessary / ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

## Medicines & Home Remedies *Medicamentos y Remedios*

List all medicines, vitamins, herbs, and home remedies that student is currently taking.

LISTA DE TODOS LOS MEDICAMENTOS, VITAMINAS, HIERBAS Y MÁS REMEDIOS EL ESTUDIANTE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE.

Attach additional sheets of paper if necessary / ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

## Other Important Information *Otra Información Importante*

Please share any other information we might need to know before treating student/patient. Include any major medical issues or problems and their dates (include hospitalizations and operations).

¿EXISTE OTRA INFORMACIÓN QUE DEBERÍAMOS CONOCER ANTES DE ATENDER AL ESTUDIANTE? POR FAVOR EXPLICAR PROBLEMAS MÉDICAS Y LAS FECHAS CORRESPONDIENTES.

Attach additional sheets of paper if necessary / ADJUNTE HOJAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

## Consent for Treatment *Consentimiento*

I consent to have the student named on this form be treated by Variety Care for routine checkups and physical examinations, treatment of illnesses and injuries, and contraception services.

I understand that a brief health questionnaire may be conducted during the student's first visit.

I have provided accurate and true information and will contact Variety Care if I need to update this information.

I agree that telephone messages (which could contain sensitive health information) may be left at the phone numbers provided on this form.

I agree that the student named on this form may participate in the Patient Proxy Portal of Variety Care.

I have received a copy of Variety Care's Rights & Responsibilities policy.

I consent to the use or disclosure of my protected health information by Variety Care to any person or organization for the purposes of carrying out treatment, obtaining payment, or conducting certain health care operations. Protected health information used or disclosed by Variety Care may include HIV/AIDS related information, psychiatric and other mental health information, and drug and alcohol treatment information, as long as such information is used or disclosed in accordance with Oklahoma and Federal law, which may require me to provide specific authorization. I understand that information regarding how Variety Care will use and disclose my information can be found in Variety Care's Notice of Privacy Practices. I understand that this consent is effective for as long as Variety Care maintains my protected health information.

WHO IS SIGNING THIS FORM? / QUE ES LA FIRMA DE ESTE FORMULARIO?

PARENT  
PADRE

LEGAL GUARDIAN  
GUARDIÁN

Student/Patient (18 or over, emancipated or married)  
ESTUDIANTE / PACIENTE (18 años o más, emancipado(a) o casado(a))

*Doy mi consentimiento para que el(la) estudiante nombrado(a) en este formulario sea tratado(a) por Variety Care (18 años o más, emancipado(a) o casado(a)) para chequeos de rutina y exámenes físicos, tratamiento de enfermedades y lesiones y servicios de anticoncepción.*

*Entiendo que una breve Cuestionario de salud puede llevar a cabo durante la primera visita del estudiante.*

*He proporcionado información precisa y verdadera y pondré en contacto con Variety Care si necesito actualizar esta información.*

*Estoy de acuerdo en que los mensajes de teléfono (que podría contener información sobre la salud y minúsculas) pueden dejarse en los números de teléfono facilitados en este formulario.*

*Estoy de acuerdo en que el(la) estudiante nombrado(a) en este formulario pueda participar en el Patient Proxy Portal de Variety Care.*

*He recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades política de Variety Care.*

*Yo doy mi consentimiento para que el personal de Variety Care o cualquier organización utilice mi información de salud para propósitos de tratamiento/cuidado, obtener pago o conducir ciertas operaciones para el cuidado de salud. Información de salud protegida usado o información utilizada por Variety Care relacionada con VIH/SIDA, psiquiátrica u otra información de salud mental y infrmación para tratamiento de alcohol o drogas, con tal que este en acuerdo con la ley estatal de Oklahoma y ley Federal, que tal vez requiere mi específica autorización. Yo entiendo que la información de cómo Variety Care utiliza mi información puede ser encontrado en Variety Care Notice of Privacy Practices. Yo entiendo que este consentimiento es vigente mientras Variety Care mantiene mi información de salud protegida.*

**My signature below acknowledges that I have read and understand this consent and that I have received Variety Care's Notice of Privacy Practices. Mi firma a continuación reconoce que he leído y entendido este consentimiento y que he recibido aviso de las prácticas de privacidad de Variety Care.**

PRINTED NAME / NOMBRE ESCRITO

SIGNATURE / FIRMA

DATE / FECHA