

**CENTRO DE SALUD ESCOLAR
AUTORIZACION PARA RECIBIR SEVICIOS**

Favor de completar toda la información en esta página y al dorso de esta solicitud en tinta; debe responder todas las preguntas. Debe de firmar indicar la fecha en esta solicitud para que su hiho/a pueda recibir servicios del Centro de Salud Escolar. Su hijo/a no podrá recibir servicios si esta solicitud no está debidamente completada. Si el estudiante tiene 18 años, o es mayor, o es legalmente independiente entonces puede firmar esta solicitud.

Nombre del alumno _____ M _____ F _____
Apellido Nombre Segunda Nombre

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento _____ Num. de Segura Social _____

Número celular _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián _____ Teléfono del trabajo _____

Número de teléfono celular del padre/madre o guardian _____

Contacto en caso de emergencia (Favor indicar el parentesco o relación de esta persona con el estudiante)

Nombre _____ #Tel/celular _____ Relación _____
Nombre _____ #Tel/celular _____ Relación _____

Origen Racial del Estudiante

___ Indio Americaono o natural de Alaska ___ Negro o Afroamericano ___ Blanco
___ Asiático ___ Natural de Hawaii o Isleño del Pacifico

Origen Étnico del Estudiante

___ Hispano/Latino ___ No Hispano/Latino ___ Otro

Información de Cuidado Médico:

Médico o Clínica de niño/a _____ Dentista/Clínica _____
Dirección _____ Dirección _____
Teléfono _____ Teléfono _____

¿Donde recibe su hijo/a atención médica?

___ Centro Comunitario de Salud ___ Clinica del hospital ___ Centro de Salud Escolar
___ Sala de Emergencia ___ Clinica militar ___ Clínica de cuidado inmediato
___ Clínica del Departamento de Salud ___ Ningún lugar con regularidad ___ Desconozco
___ Organización de Mantenimiento de Salud ___ Médico privado ___ Otro tipo de servicio médico _____

** _____
Firma de Padres/Guardian Fecha

Relación

SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Dirección actualizada Teléfono acutalizado

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

CENTRO DE SALUD ESCOLAR INFORMACIÓN DE SEGURO DEL ESTUDIANTE

*****IMPORTANTE*** Favor de proveer la información sobre la cobertura del seguro. El formulario será devuelto si la información no está completa.**

TIPO DE SEGURO (Marcar todas las que correspondan y completar la información sobre el seguro de su hijo/a)

____ Medicaid (Titulo 19) ____ Aseguradora Priada/Comercial ____ Dental
____ Medicaid HUSKY A ____ Medicaid HUSKY B ____ Medicaid HUSKY D
____ No tengo seguro

INFORMACIÓN de MEDICAID (TITULO 19); Medicaid HUSKY A; Medicaid HUSKY B; Medicaid HUSKY D

Numero de Medicaid del niño/a _____ Fecha de entrada en vigencia _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO PRIMARIO

Nombre del asegurado _____ Relación al estudiante _____
Dirección del asegurado _____ Fecha de nacimiento del asegurado _____
Seguro social del asegurado _____
Nombre y dirección de la compañía de seguro _____
Número de Póliza _____ Número del grupo _____ Nombre del grupo _____ Número del plan _____
Fecha que entra en vigencia el plan _____
Nombre y dirección del patrón o compañía del asegurado _____

¿Tiene seguro dental? _____ Sí _____ No

Favor de proveer una copia de su(s) tarjeta(s) actual(es) de Medicaid, del plan de salud y cualquier formulario(s) de reclamo que su asegurador requiere.

He leído los materiales sobre los servicios de Salud Escolar incluyendo el aviso sobre la privacidad. Autorizo a los Centros de Salud Escolar a diseminar información sobre tratamiento y/o servicios suministrados a los aseguradores con el propósito de facturación. Autorizo que se efectúen pago directamente a los Centros de Salud Escolar del Hospital de Windham por servicios prestados.

***Si usted no tiene seguro/plan médico al momento de llenar esta solicitud, pero luego se acoge a un seguro médico, entonces podemos facturar a esa compañía de seguro médico por los servicios prestados haciendo uso de su firma como autorización para pagar por los servicios prestados.**

Firma de Padres/Guardian

Fecha

Relación

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE (continuación)

Existen otras alergias o reacciones adversas? (Esto incluye alergias a alimentos, insectos o animals). Favor indicar:

Favor de enumerar cualquier preocupación que usted tenga sobre la salud física o mental de su hijo/a:

HISTORIAL DENTAL

Nombre del Dentista _____ ¿Cuando fue la última visita al dentista? _____

¿Tiene preguntas o preocupaciones sobre la dentadura de su hijo/a? _____ Sí _____ No

Favor especifique _____

HISTORIAL DE SALUD DE LA FAMILIA

Favor de indicar a continuación cualquier enfermedad que los familiares sanguíneos (padres, hermanos y hermanas, tíos y tías, abuelos) de su hijo han sufrido

Sí	No	Enfermedad	Pariente	Explique
___	___	Diabetes, problemas endocrinales (tiroides)	_____	_____
___	___	Cáncer	_____	_____
___	___	Problemas del Corazón, derrame cerebral	_____	_____
___	___	Alta Presión	_____	_____
___	___	Problemas de la sangre (incluyendo Anemia)	_____	_____
___	___	Problemas respiratorios (incluyendo Asma)	_____	_____
___	___	Enfermedad mental (incluyendo depresión)	_____	_____
___	___	Problemas de alcohol o de drogas	_____	_____
___	___	Infecciones (Tuberculosis o Sida)	_____	_____
___	___	Muerte antes de los 50 años de edad	_____	_____
___	___	OTROS	_____	_____

He leído el material sobre los servicios de los Centros de Salud Escolar y el aviso sobre la privacidad y doy autorización para que mi hijo/a reciba los servicios de los Centros de Salud Escolar. Este historial medico es, hasta donde tengo conocimiento, preciso y correcto. Es de mi conocimiento que debo informar cualquier cambio en la salud mental o física de mi hijo/a.

Autorizo el intercambio de información relevante médico/mental entre el personal de los centros de salud escolar, y el personal de la Junta del Hospital de Windham, y con proveedores médicos externos cuando sea necesario y de manera continua de acuerdo con el aviso de privacidad, a menos que me oponga por escrito. El objetivo de este proceso es ayudar en mantener la salud y seguridad en las escuelas y coordinar el cuidado/tratamiento de mi hijo/a. Los récords de los Centros de Salud Escolar pueden trasladarse a otras clinicas escolares de Windham según sea necesario. Entienda que esta autorización será efectiva siempre y cuando su hijo/a esté registrado en el programa de las escuelas públicas de Windham.

Firma de Padres/Guardian

Fecha

Relación