



Connecticut Institute for Communities, Inc.

Formulario de Permiso Del Centro de Salud Escolar

Toda la información en la parte del frente y parte posterior de este formulario se debe completar con fecha y firmarla antes de que su niño/a pueda recibir servicios de SBHC. Si un estudiante tiene 18 años o más, él/ella puede firmar su propio permiso. * Raza /* Etnia información se requiere por el Estado y serán utilizados con fines estadísticos.

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre, M.I.)	Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro _____	Grado / Cluster
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Teléfono de casa	
Por favor, consulte la escuela: <input type="checkbox"/> <i>Hill & Plain ES</i> <input type="checkbox"/> <i>Northville ES</i> <input type="checkbox"/> <i>Sarah Noble IS</i> <input type="checkbox"/> <i>Schaghticoke MS</i> <input type="checkbox"/> <i>New Milford HS</i>		Teléfono de Celular del Estudiante	

Nombre del Padre / Guardian	Relación con el Estudiante	Fecha de Nacimiento
Dirección Padre/ Guardián, si es diferente al estudiante (calle, ciudad, estado, código postal)		Correo Electrónico Padre/ Guardián
Teléfono de casa	Teléfono de celular	Teléfono del Trabajo

Nombre del Padre / Guardian	Relación con el Estudiante	Fecha de Nacimiento
Dirección Padre/ Guardián, si es diferente al estudiante (calle, ciudad, estado, código postal)		Correo Electrónico Padre/ Guardián
Teléfono de casa	Teléfono de Celular	Teléfono de Trabajo

Contacto de Emergencia	Relación con el Estudiante
Teléfono de casa	Teléfono de Celular
	Teléfono de Trabajo

* Raza: (Marque uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo/Otra raza de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> No reportado / Negarse a informar	En qué país nació el estudiante?
* Es el estudiante Hispano / Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Que idioma (s) Habla el estudiante (<i>marca todas las que correspondan</i>) <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Otro: _____
Es estudiante en el programa de almuerzo gratis o precio reducido? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingreso Anual de Familia
	Cuantos en la Familia
	Traductor necesario: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Atención Médica ** Si No hay médico, escriba "NONE" a continuación	Cuidado Dental ** Si no hay dentista, escriba "NONE" a continuación
Nombre de Doctor O Clínica:	Nombre del Dentista:
Dirección de la Clínica (calle, ciudad, estado, código postal)	Dirección del dentista (calle, ciudad, estado, código postal)
Número de teléfono Clínica:	Número de Teléfono Medico:
	Número de teléfono del Dentista:
	Fecha del último examen dental:

Nombre de farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Tiene el estudiante MEDICAID/Seguro de Husky : Si O NO Medicaid En Espera: Si O NO ** Por favor, proporcione una copia de la tarjeta de seguro Si su hijo/a no tiene seguro de salud Por favor, llame al 1-877-CT-HUSKY Medicaid #: _____ Nombre en la tarjeta: _____ *Si NO tiene seguro, comuníquese con SBHC para asistencia de inscripción*	Tiene el estudiante Seguro Privado/Comercial : Si O NO **Por favor, proporcione una copia de la tarjeta de seguro Nombre de Compañía de seguro: _____ Nombre Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Dirección del Asegurado: _____ Empleador del Asegurado: _____ Relación al estudiante: _____ Número del seguro del Estudiante: _____ Numero de grupo: _____
--	--

SNIS SBHC (860) 946-0950 Fax: (860) 946-0951
 H&P SBHC (860) 946-0960 Fax: (860) 946-0961

NMHS SBHC (475) 454-5353 Fax: (475) 454-5363
 SMS SBHC (475) 454-5455 Fax: (475) 454-5465

NES SBHC (860) 946-0940 Fax: (860) 946-0941

**** POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. FIRMAR Y FECHAR LA SEGUNDA PÁGINA ****

Formulario de Historia Medica del SBHC

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Está el estudiante tomando algún medicamento? Si No En caso afirmativo, indique los medicamentos y dosis Y la frecuencia.
(incluya inhaladores para el asma y EpiPens)

Historial Medico:

*** Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalización o Cirugía | <input type="checkbox"/> Desmayo o perder el Conocimiento | <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral (Cuándo?) |
| <input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, medicamentos, abejas, etc.) | <input type="checkbox"/> Problemas de carrera / ejercicio | <input type="checkbox"/> Antecedentes de Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> alergias estacionales / ambientales | <input type="checkbox"/> Asma / Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos, Dislocaciones | <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre/ anemia, anemia de la célula | <input type="checkbox"/> Diabetes / Tiroides / Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Musculares o Articulaciones | <input type="checkbox"/> Problemas de visión (contactos / anteojos) | <input type="checkbox"/> Los problemas de Peso o Comer |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en el Cuello o Espalda | <input type="checkbox"/> "Mono" | <input type="checkbox"/> Mujeres: Problemas Menstruales |
| <input type="checkbox"/> Defectos del corazón/ Murmullos | <input type="checkbox"/> Prueba de la Tuberculosis o Contagio | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial / Colesterol | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (eccema, psoriasis) | <input type="checkbox"/> problemas escuchando |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho durante o después del ejercicio | <input type="checkbox"/> Problemas dentales (dolor / sangrado) | <input type="checkbox"/> Cualquier otro problema médico |

Está el estudiante bajo el cuidado de cualquier médico especialista (explicar)? Si No

El estudiante ha visto un dentista en el último año? Si No

El estudiante ha visto al mismo dentista durante más de un año? Si No

Historial de la Salud Mental:

*** Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Estado de ánimo / Depresión | <input type="checkbox"/> Desorden de aprendizaje/ ADD / ADHD / Autismo Espectro autista |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad / Pánico / TOC | <input type="checkbox"/> De pérdida / Divorcio / Deportación de familiares |
| <input type="checkbox"/> Ira / Otros problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias / Vapeo |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones académicas | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario / Pérdida o aumento de peso significativo |
| <input type="checkbox"/> Cortes / Automutilación | <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones no listadas |

Historial Familiar:

*** Marque todas las casillas que correspondan y explique en las siguientes líneas:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedades del Corazon | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedad mental (Depression) |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con colesterol alto | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con problemas de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con diabetes | <input type="checkbox"/> Otros problemas aparte que no son tratados arriba |

Ha fallecido algún familiar repentino por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años? Si No

Por favor especifique qué miembro de la familia (Materno / Paterno): _____

Si usted desea hablar con uno de los miembros del personal del Centro de Salud Escolar en relación con las preocupaciones que usted pueda tener acerca de su hijo/a, o si tiene otras preguntas generales al SBHC, por favor llame durante el horario escolar

He leído la información sobre el Centro de Salud Escolar de CIFIC Health SBHC y doy permiso para que este estudiante obtenga todos los servicios que se ofrecen en el Centro de Salud Escolar, mientras que él / ella esté matriculado en la escuela. Entiendo que los servicios serán confidenciales, excepto en situación que amenaza la vida o los servicios de emergencia y de acuerdo a la ley. Yo doy permiso a los Centros de Salud Escolares de CIFIC Health SBHC y las escuelas públicas de Danbury/ Escuela Técnica Henry Abbott para intercambiar la información pertinente a las personas adecuadas con el objeto de proporcionar la asistencia sanitaria, diagnósticos, tratamientos y los servicios de asesoramiento, así como el mantenimiento de la seguridad en las escuelas. Esta información compartida pueda que incluya la salud, académicos y los datos de educación especial necesarios para el tratamiento / servicios a los proveedores de seguros con nombre para fines de facturación. Autorizo pagos que deban realizarse directamente al Centro de Salud Escolar CIFIC Health C por servicios proporcionados. Mi firma abajo también sirve como reconocimiento de que he recibido una copia de la póliza de privacidad del CIFIC Health según la ley federal A menos que elija retirar mi consentimiento por escrito, dicha autorización para servicios en los Centros de Salud Escolar continuará durante todo el período de tiempo que el estudiante esté inscrito en las Escuelas Públicas de New Milford. De acuerdo a lo expresado en mi historial médico le atribuyo que respondo correctamente según mis conocimientos. Entiendo que debo de informar al Centro de Salud Escolar, si hay cambios en la salud mental o física de mi hijo/a.

Sí No Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Fecha: _____ Firma: _____ Relación con el estudiante: _____