



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 /* Etia 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	
		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"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Otro: _____
Traductor necesario: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
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

Atención Medica ** 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: _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Newtown Middle School 11 Queens Street, Newtown CT 06470 (203) 270-6114 Fax: (203) 270-4644

**** 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:**

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

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

Historial Familiar:

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

- Miembros de la familia con enfermedades del Corazon
- Miembros de la familia con enfermedad mental (Depression)
- Miembros de la familia con colesterol alto
- Miembros de la familia con problemas de alcohol/drogas
- Miembros de la familia con diabetes
- 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): _____

Este historial médico es exacto a mi leal saber y entender. Entiendo que estoy obligado a informar al Centro de Salud Escolar si hay algún cambio en la salud mental o física de mi hijo.

He leído la información sobre el Centro de Salud Escolar de CIFIC y doy permiso para que este estudiante obtenga todos los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar mientras está inscrito en la escuela. Entiendo que los servicios son confidenciales, excepto en situaciones que pongan en peligro la vida o servicios de emergencia y de acuerdo con la ley. Doy permiso a los Centros de Salud Basados en Escuelas de Salud de CIFIC y a las Escuelas Públicas de Newtown para intercambiar información pertinente con las personas apropiadas con el fin de proporcionar servicios de atención médica, diagnóstico, tratamiento y asesoramiento, así como para mantener la seguridad en las escuelas. Esta información compartida puede incluir datos de salud, académicos y de educación especial necesarios para el tratamiento / servicios a los proveedores de seguros nombrados con el fin de facturar. Autorizo que los pagos se realicen directamente al Centro de Salud Escolar de CIFIC por los servicios prestados. Mi firma a continuación también sirve como reconocimiento de que he recibido una copia de la política de privacidad de CIFIC Health según la ley federal. A menos que decida retirar mi consentimiento por escrito, esta autorización para servicios en los Centros de Salud Escolares continuará durante todo el período de tiempo que este estudiante esté inscrito en las Escuelas Públicas de Newtown.

Sí No Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

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