*Registration # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Connecticut Institute for Communities, Inc. (CIFC) Greater Danbury Community Health Center (GDCHC)

## 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) | Hombre Mujer Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Grado / Cluster |
| Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | Teléfono de casa |
| **Por favor, marque uno:**  Broadview MS Rogers Park MS Danbury HS Henry Abbott HS | Teléfono de Cellular 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 cellular | 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 Cellular  | Teléfono de Trabajo |

|  |  |
| --- | --- |
| Contacto de Emergencia | Relación con el Estudiante |
| Teléfono de casa | Teléfono de Cellular | Teléfono de Trabajo |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Atención Medica *\*\* Si No hay médico, escriba "NONE" a continuación*seguro | **Cuidado Dental** \*\* *Si no hay dentista, escriba "NONE" a continuación*de  |
| 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 NOMedicaid 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación al estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Broadview Middle School SBHC** (203) 731-8274 Fax: (203) 731-8275 **Danbury High School SBHC** (203) 790-2886 Fax: (203) 797-4793

**Rogers Park Middle School SBHC** (203) 778-7479 Fax: (203) 778-7481 **Henry Abbott Tech High School SBHC** (203) 797-4460 x4936

**\*\* 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 Desmayo o perder el Conocimiento Conmoción cerebral (Cuándo?)

 Alergias (alimentos, medicamentos, abejas, etc.) Problemas de carrera / ejercicio Antecedentes de Convulsiones

 alergias estacionales / ambientales Asma / Problemas de respiración Dolores de cabeza / Migrañas

 Huesos rotos, Dislocaciones Trastornos de la sangre/ anemia, anemia de la célula Diabetes / Tiroides / Endocrino

 Lesiones Musculares o Articulaciones Problemas de visión (contactos / anteojos) Los problemas de Peso o Comer

 Lesiones en el Cuello o Espalda “Mono”  Mujeres: Problemas Menstruales

 Defectos del corazón/ Murmullos Prueba de la Tuberculosis o Contagio Problemas estomacales

 Hipertensión Arterial / Colesterol Problemas de la piel (eccema, psoriasis) problemas escuchando

 Dolor en el pecho durante o después del ejercicio  Problemas dentales (dolor / sangrado) 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 Desorden de aprendizaje/ ADD / ADHD / Autismo Espectro autista

 Ansiedad / Pánico / TOC De pérdida / Divorcio / Deportación de familiares

 Ira / Otros problemas de comportamiento Uso de sustancias / Vapeo

 Preocupaciones académicas Trastorno alimentario / Pérdida o aumento de peso significativo

 Cortes / Automutilación 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 (Depresion)

 Miembros de la familia con cholesterol 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***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 CIFC GDCHC 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 estén matriculados 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 CIFC GDCHC 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 CIFC GDCHC por servicios proporcionados.* ***Mi firma abajo también sirve como reconocimiento de que he recibido una copia de la póliza de privacidad del CIFC GDCHC según la ley federal. A menos que yo elija retirar mi consentimiento por escrito, dicha autorización para los servicios en los Centros de Salud Escolar continuará durante todo el período de tiempo que el estudiante esté matriculado en las Escuelas Públicas de Danbury / Escuela Técnica del Henry Abbott****.*

*De acuerdo a lo expresado en mi historial médico atribuyo que conteste correctamente de acuerdo a mi conocimiento. Entiendo que debo de informar al*

*Centro de Salud Escolar, si hay cambios en la salud mental o física de mi hijo/a.*

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**