

 **CIFC Health**  
CONNECTICUT INSTITUTE FOR COMMUNITIES  
**SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS**

*“Healthy Kids Make Better Learners”*

Estimados padres o tutores,

Como estudiante de la Henry Abbott Technical High School (HATS), su hijo puede aprovechar los servicios médicos y de salud mental que se ofrecen durante el horario escolar, a través del Centro de **Salud Escolar (SBHC)**. El SBHC es *diferente de la oficina de enfermería de la escuela o de la oficina de orientación / trabajo social de la escuela*. El personal de SBHC, que incluye una enfermera practicante con licencia, un trabajador social clínico con licencia y un asistente médico/de oficina, brinda atención de manera muy similar a como lo haría el consultorio de un médico privado o un proveedor de salud mental. No reemplazamos a su médico de cabecera, sino que nos esforzamos por mantener a los estudiantes sanos y ayudar a reducir el número de días de ausencia de un estudiante de la escuela mediante el diagnóstico y tratamiento temprano de enfermedades. La inscripción en el SBHC se ofrece y es accesible para todos los estudiantes de la Escuela Intermedia Newtown, independientemente de su capacidad de pago. Si su hijo no está cubierto por un seguro médico, llame a Asistencia Financiera y de Seguros al 203-448-2668, ubicado en 132 Main St. Danbury, CT. *Los padres/tutores no tienen que faltar al trabajo para llevar a su hijo a un proveedor externo para la mayoría de los servicios, ya que se brindan en el SBHC.*

### Servicios Médicos

- \*Vacunas
- \*Exámenes físicos completos
- \*Pruebas en el consultorio para estreptococos, gripe, orina, glucosa, Hemoglobina
- \*Recetas enviadas a su farmacia
- \* Educación sobre el asma, recargas de inhaladores, escuela Formularios de medicación
- \*Educación para la salud para la nutrición, el ejercicio, el peso
- \*Referencias sociales/comunitarias/médicas
- \* Diagnosticar y tratar enfermedades comunes como infecciones de oído, dolores de cabeza, neumonía, erupciones cutáneas, faringitis estreptocócica, alergias

### Terapia y Consejería de Salud Mental

- \* Evaluación de salud mental/individual, Apoyo grupal y de padres
- \* Antecedentes o antecedentes de acoso escolar actual
- \* Ansiedad/Depresión
- \* Bajo rendimiento académico/problemas de aprendizaje
- \* Mudanza reciente a Newtown desde otra ciudad
- \* Relaciones entre pares y familiares
- \* Problemas de conducta
- \* Exposición a traumas/pérdidas
- \* Antecedentes de autolesiones y tendencias suicidas actuales Ideación

*Para aprovechar los servicios de SBHC, complete, firme y devuelva el Formulario de Permiso/Historial Médico adjunto de 2 lados al NMS SBHC. Puede enviarlo por correo electrónico a Nancy a [kettner@CIFC.org](mailto:kettner@CIFC.org)*

Si tiene alguna pregunta sobre el SBHC, llámenos al (203) 797-4460 x 12111.

Gracias – El equipo de SBHC – \* Clare Gelissen, LMFT \*, \* Linnea Lang, APRN

Henry Abbott Technical High School SBHC, 21 Hayestown Ave. Danbury, CT 06811 (203) 797-4460



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO CIFC HEALTH PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN, SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA Y NUESTRAS RESPONSABILIDADES PARA PROTEGER SU INFORMACIÓN MÉDICA. REVÍSELO DETENIDAMENTE.**

**Compromiso de CIFC Health con su privacidad**

CIFC Health se compromete a mantener la privacidad de su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Al llevar a cabo nuestras actividades, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le proporcionamos. La ley nos exige que mantengamos la confidencialidad de la información médica que lo identifique. CIFC Health también participa en una serie de actividades y programas diseñados para promover una mejor salud general y permitimos brindarle un mejor servicio. Parte de estos esfuerzos incluye evaluar los comportamientos o hábitos de algunos consumidores que pueden hacerlos menos saludables o ponerlos en riesgo. El personal de CIFC Health y sus educadores de salud contratados pueden hacerle varias preguntas sobre sus hábitos y actividades cotidianas como parte de la evaluación informativa de admisión para su tratamiento. Esto nos ayudará a brindarle tratamiento, así como las mejores opciones para obtener otros servicios que pueda desear utilizar. La información que comparta con nuestros médicos o educadores de salud formará parte de su expediente.

La ley nos exige que le proporcionemos este Aviso sobre nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad de CIFC Health en relación con su PHI. De acuerdo con las leyes federales y estatales, debemos cumplir con los términos del Aviso de privacidad vigente. Este Aviso entrará en vigor el 1 de agosto de 2013 y permanecerá en vigor hasta que CIFC Health lo modifique o reemplace. CIFC Health se reserva el derecho de modificar sus prácticas de privacidad según lo permita la ley. CIFC Health modificará este Aviso para reflejar cualquier cambio y pondrá a su disposición todo nuevo Aviso, si así lo solicita. Cualquier cambio a nuestras prácticas de privacidad se aplicará a toda la información médica que mantengamos, creemos o recibamos antes de la fecha en que se realizaron los cambios.

***Puede pedirle una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CIFC Health en cualquier momento a nuestro funcionario de privacidad, Daniel Labrecque, Esq. Abogado/oficial de cumplimiento de CIFC y funcionario de privacidad y seguridad de CIFC Health Teléfono: 203-743-9760, ext. 3403, 120 Main Street, 4th Floor, Danbury, CT 06810***

**CIFC Health MANTENDRÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y LA UTILIZARÁ ÚNICAMENTE PARA LOS FINES QUE SE DESCRIBEN A CONTINUACIÓN. TENGA EN CUENTA QUE LOS SIGUIENTES USOS Y DIVULGACIONES NO REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN.**

**Tratamiento:** mientras le proporcionamos servicios de atención médica, podemos compartir su información médica protegida (PHI), incluida la información médica protegida electrónica (ePHI), con otros proveedores de atención médica, socios comerciales y sus subcontratistas o personas que participen en su tratamiento, facturación, apoyo administrativo o análisis de datos. Estos socios comerciales y subcontratistas están obligados por la ley federal a proteger su información médica. Por ejemplo, podemos pedirle que se le realicen análisis de laboratorio, como de sangre u orina, y podemos usar los resultados para ayudarnos a llegar a un diagnóstico. Podemos usar su PHI para escribirle una receta, o podemos divulgar su PHI a una farmacia cuando le pidamos un medicamento recetado. Hemos establecido estándares "mínimos necesarios" o de "necesidad de saber" que limitan el acceso de varios miembros del personal a su información médica de acuerdo con sus funciones laborales primarias. Además, todos los miembros de nuestro personal deben firmar una declaración de confidencialidad.

**Pago:** podemos usar y divulgar su PHI para solicitar el pago por los servicios que le proporcionemos. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora de salud para certificar que cumple los requisitos para recibir los beneficios, y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora cubrirá o pagará por los tratamientos. Esta divulgación incluye al personal de nuestra oficina comercial y puede incluir organizaciones de seguros, cobranzas u otros terceros que puedan ser responsables de dichos costos, como los miembros de la familia.

**Operaciones para la atención médica:** podemos usar y divulgar su PHI para nuestras operaciones comerciales. Por ejemplo, podemos usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, para evaluar la implementación de nuestros programas de cumplimiento o para llevar a cabo actividades de gestión de costos o planificación comercial.

**Abuso o negligencia:** podemos divulgar su PHI a las autoridades correspondientes si consideramos, razonablemente, que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o es una posible víctima de otros delitos. Esta información se divulgará solo en la medida en que sea necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la de los demás.

Tiene derecho a presentar una queja si considera que no hemos cumplido con nuestras Políticas de privacidad. Debe dirigir la queja a nuestro funcionario de privacidad, cuya información de contacto se incluye a continuación. Si considera que hemos infringido sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado con respecto al acceso a su información médica, puede presentar una queja ante nosotros por escrito. Puede pedirle un formulario de queja a nuestro funcionario de privacidad. Apoyamos su derecho a la privacidad de la información y no tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**NOTA:** Esta es una versión abreviada del Aviso de Prácticas de Privacidad de CIFC Health. El aviso completo enumera: (1) formas adicionales en que CIFC Health puede usar su información de salud; (2) situaciones en las que se requiere su autorización para la liberación; y (3) sus derechos con respecto a la PHI. Un aviso completo está disponible en todos los sitios de CIFC Health. Para recibir una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad de CIFC Health, comuníquese con el personal del Centro de Salud Escolar.





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

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 Médico:
	Número de teléfono del Dentista:
	Fecha del último examen dental:

Nombre de farmacia: \_\_\_\_\_      Dirección: \_\_\_\_\_      Teléfono: \_\_\_\_\_

Tiene el estudiante <b>MEDICAID/Seguro de Husky</b> : Si O NO Medicaid En Espera: Si O NO <b>** Por favor, proporcione una copia de la tarjeta de seguro</b>  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 <b>Seguro Privado/Comercial</b> : Si O NO <b>**Por favor, proporcione una copia de la tarjeta de seguro</b> 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: _____
--	--

**Broadview Middle School** (203) 731-8274 Fax: (203) 731-8275  
**Rogers Park Middle School** (203) 778-7479 Fax: (203) 778-7481  
**Ellsworth Avenue School** (203) 456-1408 Fax: 866-800-7321

**Danbury High School** (203) 790-2886 Fax: (203) 797-4793  
**Henry Abbott Tech HS** (203) 797-4460 x4936 Fax: (203) 731-2914

**\*\* 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 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): \_\_\_\_\_

*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 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 CIFC 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 CIFC Health C por servicios proporcionados. Mi firma abajo también sirve como reconocimiento de que he recibido una copia de la póliza de privacidad del CIFC Health 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 periodo de tiempo que el estudiante esté matriculado en las Escuelas Públicas de Danbury / Escuela Técnica del Henry Abbott.*  
*De acuerdo con 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.*

**Si**  **No**  **Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA**

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





## School Based Health Center (SBHC)

*Health Kids Make Better Learners*

### CONTRATO ENTRE CENTRO AMBULATORIO Y PACIENTE O PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de padre/madre o tutor	
Dirección	
Número(s) de teléfono	

Persona que transportará al paciente de ida y vuelta a las citas:

Marque esta casilla si es la misma persona que se menciona arriba).

El padre/madre o tutor entiende que debe quedarse en el Departamento de Salud Conductual mientras el niño asiste a la cita.

Niños en el centro de salud escolar: los médicos seguirán la política de la escuela y del distrito escolar cuando se complete el servicio en el sitio SBHC.

Entiendo que el personal de salud conductual no va a realizar procedimientos médicos. Si es necesario obtener asistencia médica, soy la persona responsable de buscar dicho tratamiento. Si hay una emergencia, se llamará una ambulancia.

Entiendo que el personal de salud conductual no va a administrar medicamentos.

Recibí una copia impresa de los Derechos y responsabilidades del paciente. Me indicaron que debo comunicarme con el supervisor del centro si tengo preguntas.

Me entregaron una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que todo el personal está obligado a informar sobre las sospechas de maltrato y abandono de los niños (tal y como se describe en el artículo 17a-101 de las leyes de Connecticut). Entiendo que se podrá renunciar a mi confidencialidad si expreso mi intención de hacerme daño, de hacer daño a otra persona, de cometer un delito, o si soy víctima de abuso de niños o ancianos, o estoy gravemente discapacitado.

Información que se divulgará después de firmar un formulario de divulgación de información. Si firmo un formulario de divulgación de información, lo haré voluntariamente. La divulgación vencerá en un año. Sin embargo, puedo retirar la divulgación en cualquier momento sin perjuicio.



## School Based Health Center (SBHC)

*Health Kids Make Better Learners*

Departamento de Salud Conductual Pediátrica de CIFC Health

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente, solicito y autorizo voluntariamente al Departamento de Salud Conductual Pediátrica de CIFC Health a brindar al niño los servicios psiquiátricos que se describen a continuación, según corresponda desde el punto de vista clínico.

Los servicios pueden incluir:

- Terapia individual
- Terapia familiar
- Terapia en grupo
- Evaluación psiquiátrica
- Evaluación para medicamentos
- Coordinación y facilitación de la atención (por ejemplo, derivaciones a programas comunitarios, seguros u otras ayudas, etc.)
- Servicios de telemedicina y telefónicos: servicios de salud conductual a distancia

El plan de tratamiento individual describe, en términos específicos, el tratamiento para el que se da el consentimiento y está firmado por el paciente/tutor.

Entiendo que mi proveedor está disponible para responder a cualquier pregunta que quiera hacer. Entiendo que tengo derecho a cuestionar o rechazar cualquier tratamiento en cualquier momento.

Mientras reciba los servicios en el Departamento de Salud Conductual Pediátrica, se creará un plan de tratamiento que describirá los objetivos, los criterios del alta, la frecuencia de los servicios y las intervenciones. Se revisarán conmigo de forma rutinaria. Entiendo que tengo derecho a solicitar una revisión interna de mi plan de atención, tratamiento o servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/la madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

# 2025 CIBC Mission

Our mission is to help our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

At CIBC, we are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives.

## Our Commitment to You

We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

Our commitment to you is the foundation of our business. We are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

At CIBC, we are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives.

## Our Values

Integrity

Customer Focus

Innovation

Collaboration

Respect

Accountability

At CIBC, we are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives.

Our commitment to you is the foundation of our business. We are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

At CIBC, we are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

Our commitment to you is the foundation of our business. We are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

At CIBC, we are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

Our commitment to you is the foundation of our business. We are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.

At CIBC, we are dedicated to helping our clients achieve their financial goals and live better lives. We are committed to providing exceptional service and innovative solutions that meet the needs of our diverse client base.



**REVISE, FIRME Y ESCRIBA LA FECHA EN EL REVERSO DE ESTA HOJA** 

Entiendo que, para presentar una queja, debo hacerlo por escrito al gerente del centro de salud conductual o al funcionario encargado de la privacidad. El personal de salud conductual me proveerá un formulario de queja si lo pido. Entiendo que se investigará mi queja y recibiré una respuesta en 30 días.

Entiendo que soy responsable del pago de la sesión en el momento en que se realice. Si se llegó a un acuerdo de pago, entiendo que soy responsable de hacer dichos pagos. Entiendo la tarifa que me van a cobrar por cada sesión.

Me han proporcionado el horario de atención de la clínica de salud conductual de Greater Danbury Community Health Center. También entiendo que, si tengo una emergencia, debo llamar al 911 o ir a la sala de emergencias del hospital más cercano.

Entiendo que, cuando llegue a mi cita, debo registrarme en la recepción y hacer un pago (si procede) y, cuando termine la cita, debo pasar por la recepción para programar la próxima cita.

Entiendo que, si tengo que cancelar una cita fuera del horario de atención, llamaré al servicio de contestador de llamadas al 203-743-0100 y dejaré un mensaje con la información.

**El personal clínico revisó toda la información anterior conmigo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
(tiene que firmar si tiene 5 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante de CIFC Health

\_\_\_\_\_  
Fecha



