



Katherine M. Curran, Esq.  
Presidenta y Directora General

Dra. Jennifer Cohen, M.D.  
Directora Médica

Alan J. Clavette, CPA  
Presidente de la Junta  
Directiva

Marlene Moranino RN, MPA  
Directora de Programas

1 de julio de 2024

Saludos, padre/madre/tutor:

Como estudiante de Henry Abbott Technical High School, su hijo/a es elegible para recibir servicios médicos y de salud mental que se ofrecen durante el horario escolar a través de un **Centro de Salud Escolar (School Based Health Center, SBHC)** de CIFC Health en el centro.

El SBHC de CIFC Health es *diferente* de la enfermería escolar y de la oficina de orientación escolar/trabajo social, ya que dichos servicios son proporcionados por una entidad externa sin fines de lucro, CIFC Health. CIFC Health es un centro de salud calificado a nivel federal con sede en Danbury y cuenta con SBHC en toda la región. El centro de CIFC Health en Henry Abbott Tech, cuenta con un enfermero licenciado, un trabajador social clínico y un recepcionista, que están disponibles para atender a su hijo/a como lo haría un consultorio médico o de salud mental privado. El SBHC de CIFC Health puede servir como proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) para su hijo/a si no tiene un PCP o puede complementar el trabajo del médico de atención primaria de su hijo/a ofreciendo servicios presenciales en la escuela y diagnosticando y tratando enfermedades en sus etapas iniciales sin tener que salir de la escuela.

Los **servicios médicos** presenciales en el centro de salud incluyen:

Exámenes físicos completos, vacunas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes como infecciones de oído, dolores de cabeza, neumonía, erupciones cutáneas, faringitis estreptocócica, alergias, educación en salud sobre nutrición, ejercicio, peso, educación sobre el asma y recargas de inhaladores. Los proveedores pueden enviar recetas de medicamentos directamente a su farmacia.

Los **servicios de salud mental** incluyen:

Evaluación para terapia individual, grupal y/o familiar, ayuda con las relaciones entre compañeros/familiares, ansiedad/depresión, problemas de comportamiento, exposición a traumas/pérdidas, bajo rendimiento académico/problemas de aprendizaje, antecedentes de autolesiones o autolesiones actuales e ideación suicida, y transición a un nuevo hogar/ubicación escolar.

Para utilizar los servicios mencionados, el padre, madre o tutor debe completar, firmar y devolver al SBHC el **Formulario de autorización para centros de salud escolares** de 2 caras adjunto, y adjuntar una copia actual del anverso y reverso de la tarjeta de seguro de su hijo/a. Toda la información debe ingresarse por completo en el formulario o se le devolverá.

Somos un proveedor de servicios de salud sujeto a requisitos de cumplimiento legal y reglamentario, por lo tanto, se facturarán a todos los seguros todas las visitas médicas o de salud mental que cumplan los requisitos, y se enviarán a casa las facturas de los copagos y/o deducibles tras las futuras visitas programadas. Nuevamente, esto se debe a que somos como un consultorio médico regular que está ubicado, sin haber sido elegido específicamente con ese propósito, en la escuela de su hijo/a.

Si su hijo/a no está actualmente cubierto por un plan de seguro de salud, notifique al SBHC y se programará una cita con el Departamento de Asistencia Financiera y de Seguros de CIFC para obtener ayuda con la inscripción en el Programa de Seguro HUSKY de CT, o para ser colocado en un plan de pago con escala móvil de tarifas.

Si tiene alguna pregunta sobre el SBHC de CIFC Health, llame al 203-797-4460, ext. 12922. Los formularios de autorización de SBHC de CIFC Health completados se pueden enviar por fax a 203-797-2788.

En nombre del personal del SBHC de CIFC Health en Henry Abbott Technical High School, nos complace poder colaborar con la salud, felicidad y preparación para el aprendizaje de su hijo/a.



*"CIFC Health: Healthier You, Healthier Community."  
"CIFC: Strengthening Families, Building Communities."*



## Formulario de Permiso e Historia Medica del SBHC

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Está el estudiante bajo el cuidado de cualquier médico especialista (explicar)?  
 Si  No
- 2) ¿El estudiante ha visto un dentista en el último año?  
 Si  No
- 3) ¿El estudiante ha visto al mismo dentista durante más de un año?  Si  No
- 4) ¿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) \_\_\_\_\_
- 5) ¿El estudiante tiene alergias? (alimentos, medicamentos, abejas, etc).  
 Si  No En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

### Historial Médico:

\*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 estacionales / ambientales               | <input type="checkbox"/> Problemas de carrera / ejercicio                          | <input type="checkbox"/> Antecedentes de Convulsiones    |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos, Dislocaciones                       | <input type="checkbox"/> Asma / Problemas de respiración                           | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Migrañas    |
| <input type="checkbox"/> Lesiones Musculares o Articulaciones              | <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre/anemia de la célula roja/ anemia, | <input type="checkbox"/> Diabetes / Tiroides / Endocrino |
| <input type="checkbox"/> Lesiones en el Cuello o Espalda                   | <input type="checkbox"/> Problemas de visión (contactos/anteojos)                  | <input type="checkbox"/> problemas de Peso o Comer       |
| <input type="checkbox"/> Defectos del corazón/ Soplos Cardiacos            | <input type="checkbox"/> "Mono"  | <input type="checkbox"/> Mujeres: Problemas Menstruales  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial / Colesterol                | <input type="checkbox"/> Prueba de la Tuberculosis o Contagio                      | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales           |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho durante o después del ejercicio | <input type="checkbox"/> Problemas de la piel (eccema, soriasis)                   | <input type="checkbox"/> problemas escuchando            |
|  | <input type="checkbox"/> Problemas dentales (dolor / sangrado)                     | <input type="checkbox"/> Cualquier otro problema médico  |

### 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"/> Pérdida Familiar/ Divorcio / Deportación de familiares          |
| <input type="checkbox"/> Iras / 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 Corazón | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con diabetes                      | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con problemas de alcohol/drogas |
| <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con colesterol alto          | <input type="checkbox"/> Miembros de la familia con enfermedad mental (Depresión) | <input type="checkbox"/> Otros problemas aparte que no son mencionados arriba   |
- 6) ¿Ha fallecido algún familiar repentino por problemas cardíacos o muerte súbita antes de los 50 años?  Si  No  
 Por favor especifique De qué lado 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 salud mental o física de mi hijo/a.

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 CIEC Health SBHC y Henry Abbott Technical High School 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.

Recibí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA  Si  No

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



120 Main St., Danbury, CT

**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.

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

Connecticut Institute for Communities Greater



120 Main St., Danbury, CT

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 telesalud 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



Información del Paciente	Apellidos		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nac: mes/ día / año		
	Dirección del domicilio			# Unidad/Apt	Ciudad/Pueblo		Estado	Código Postal	
	Teléfono 1 (casa)		Contacto Principal# <input type="checkbox"/>	Teléfono 2 (celular):		Contacto Principal# <input type="checkbox"/>	Número del estudiante		Contacto Principal# <input type="checkbox"/>
	Teléfono 1 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Teléfono 2 es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Número del estudiante es Autorizado para mensajes CONFIDENCIALES: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿Como desea recibir mensajes y notificaciones? <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz (Si es mensaje de voz seleccione: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo)									
Contactos	<b>Contacto de Emergencia 1:</b>		Relación al paciente:				Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
	Nombre:								Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
	<b>Contacto de emergencia 1, CIFC Health puede:</b> (1) ¿Compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO								
	<b>Contacto de Emergencia 2:</b>		Relación al paciente:				Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		
Nombre:								Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
<b>Contacto de emergencia 2, CIFC Health puede:</b> (1) ¿Compartir su información médica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (2) ¿Dejar un mensaje detallado con ellos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (3) ¿Contactar a esta persona en una emergencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Le Podemos ayudar a aplicar a alguno de los siguientes?						
			<input type="checkbox"/> Husky/Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro Médico – Access Health CT <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera – Nuestro programa de descuento de tarifas.						
¿Cuál es su farmacia de preferencia?					¿Quién es su doctor primario?				
Seguro	<b>Seguro primario:</b>		Nombre de la Compañía:		ID #		Grupo #		
	<b>Info. del Miembro Principal :</b> Marque aquí si el paciente es el principal: <input type="checkbox"/> Si es otra persona, complete a continuación								
	Apellido		Primer Nombre		Fecha de nac. (mes/día/año)		Relación con el Paciente		
	Dirección del domicilio (Marque aquí si es la misma dirección del paciente <input type="checkbox"/> )			# Unidad/Apt	Ciudad/Pueblo		Estado	Código Postal	
<b>Seguro Secundario:</b>		Nombre de la Compañía:		ID #		Grupo #			
<b>Info. del Miembro Principal :</b> Marque aquí si el paciente es el principal: <input type="checkbox"/> Si es otra persona, complete a continuación									
Apellido		Primer Nombre		Fecha de nac. (mes/día/año)		Relación con el Paciente			
Dirección del domicilio (Marque aquí si es la misma dirección del paciente <input type="checkbox"/> )			# Unidad/Apt	Ciudad/Pueblo		Estado	Código Postal		
*Información Requerida	<b>Sexo asignado al nacer:</b>		¿Te encuentras sin hogar?		<b>Estado Laboral:</b>		<b>Etnicidad</b>		<b>Otras Preguntas:</b> (requeridas)
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> SI (seleccione abajo) <input type="checkbox"/> NO (Omitir las opciones abajo) <input type="checkbox"/> Compartiendo casa (viviendo con otra(s) familia) <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Albergue (Estancia temporal) <input type="checkbox"/> Transicional (viviendo temporal más larga) <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> Empleado(a)- Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado(a)- Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante- Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante - Medio Tiempo		Elja todas las que le aplica. Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> SI, que país? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declino a responder Raza Elja todas las que le aplica. <input type="checkbox"/> Asiático(a), ¿qué país? _____ <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (cerca Asia) <input type="checkbox"/> Guameño(a) o Chamorro(a) <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declino a responder		¿Quiere un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  ¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>Estado Marital:</b>		<b>Preferencia de Idioma:</b>						
	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Acces	Correo Electrónico:				Este correo electrónico le da acceso a su información de salud, incluyendo citas & notas de sus visitas. Usted puede usar su cuenta segura en un navegador web o en nuestra aplicación móvil encriptada.				
	Si usted NO DESEA TENER ACCESO a su información de salud por este medio, puede DECLINAR SU ACCESO marcando esta casilla: <input type="checkbox"/>								
Ingreso	CIFC Health recibe becas Federales que nos requisitan preguntar la siguiente información.								
	¿Cuántas personas hay en su familia? _____		Ingreso Familiar: \$ _____		<input type="checkbox"/> Semanal : ¿Cuántas semanas trabajas al año? _____ <input type="checkbox"/> Mensual : ¿Cuántos meses trabajas al año? _____ <input type="checkbox"/> Anual				

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Acuerdo Financiero & Asignación de Beneficios:

- Yo autorizo que se ingrese una solicitud de Pago a Medicare, Medicaid u otra compañía dispuesta a pagar por cualquiera de los servicios proporcionados a mí o mis hijos menores de 18 años de edad como están listados en la hoja de información demográfica en el presente, pasado y el futuro.
- Yo entiendo y estoy de acuerdo en que soy finalmente responsable por los balances pendientes tanto mío como de mis hijos menores de 18 años de edad listados en la hoja de información demográfica, por cualquier servicio profesional prestado y en algunos casos, también puedo ser responsable por pagar un monto adicional al ya pagado por mi seguro.
- Yo autorizo que el pago de mis beneficios médicos sea enviado directamente a CIFC Health o a sus proveedores individuales por servicios prestados a mí y a todos mis hijos menores de 18 años listados en la hoja de información demográfica. Si mi solicitud del Seguro fuera negada por falta de elegibilidad o terminación de plazo de cobertura, yo entiendo que seré puesto como responsable de los pagos e intentare realizar los mismos correspondientes por cualquier monto pendiente en esas situaciones.
- Yo autorizo a CIFC Health a apelar requisiciones de pago negadas u otras decisiones adversas en mi nombre sin requerir autorizaciones posteriores. Yo autorizo y doy la indicación a cualquier institución o persona que tenga mi información médica o cualquier otro documento relevante sobre mí de liberar dicha información a CIFC Health y a sus agentes de cobranza, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, y/o a cualquiera dispuesto a pagar o a asegurarme, y a sus respectivos agentes y contratistas, a como sea necesario para determinar estos y otros beneficios pagables por cualquiera de los servicios prestados a mí por el CIFC Health, en el pasado, presente y el futuro.

**Persona responsable del pago:**  Paciente  Padres/ Guardián  Esposo/a  Otro:

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	Teléfono	Fecha de nac: (mes/día/año)
_____	_____	_____	_____	_____
Dirección del domicilio <small>(Marque aquí si es la misma dirección del paciente)</small> <input type="checkbox"/>		Depto./Piso	Ciudad/Pueblo	Estado
_____		_____	_____	_____
Firma del Paciente/Guardián: _____			Fecha: _____	

### Autorización de Tratamiento:

- Yo doy mi permiso explícito al personal de CIFC Health para proporcionarme tratamientos médicos, dentales, de salud mental y administración de vacunas.
- En situaciones de emergencia donde yo no puedo ser contactado, yo doy permiso a que mis dependientes menores de edad reciban tratamiento para la condición de la emergencia.

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Registros de salud:

Yo doy mi permiso explícito a CIFC Health de obtener mi información de salud, incluyendo el uso de entidades de intercambio de información de salud electrónicos (HIEs). También que mi información de salud sea recibida de, y/o compartida con servicios externos de cuidados de salud profesionales de manera electrónica con el propósito de mi bienestar de salud.

Firma del Paciente/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted NO desea participar con Commonwell/Carequality usted puede DECLINAR marcando esta casilla:

CIFC Health puede obtener mis registros médicos: \_\_\_\_\_

SI - Formato de autorización adjunto.

NO - Yo no deseo liberar información médica presente y pasada a CIFC Health. **NOTA: La falta de información de registros médicos faltante, así como el de historial de salud del paciente incrementa los riesgos de complicaciones durante el tratamiento.**

Seleccione el SBHC en el que se inscribe el estudiante:

Henry Abbott Technical High School      P: (203)731-8274 F: (203)731-8275

Grado/Cluster \_\_\_\_\_

¿El estudiante esta en el programa de almuerzo gratis o precio reducido?

SI       No