

# Enlaces del Aprendizaje - Centro de Salud Escolar Escuela de Gaithersburg

## Formulario de Inscripción

Por favor complete los dos lados

#de ID del Estudiante

Nombre del Estudiante _____	Grado _____		
Fecha de Nacimiento _____	# de Seguro Social _ _ - _ - _ _ _ _ _	Sexo _____	Raza _____
Dirección _____	Teléfono de la Casa _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	
País de Nacimiento _____	Idioma _____		
Padre de Familia/Guardián _____	Teléfono del Trabajo _____		
Contacto de Emergencia _____			
Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a) _____	Teléfono _____		

Doy mi permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, se inscriba en el Centro de Salud Escolar de Enlaces para el Aprendizaje. Doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios que pueden incluir examen físico completo, tratamiento para problemas de salud agudos y crónicos, exámenes diagnósticos limitados, evaluación dental, educación de salud, servicios de salud mental, y dirección de casos.

- El padre de familia/guardián puede o no estar presente cuando los servicios sean provistos, pero será notificado/a por teléfono o con una nota cuando el estudiante reciba servicios en el Centro de Salud Escolar.
- Antes que el estudiante reciba continua consejería de salud mental, individual o en grupo, un permiso adicional del padre de familia o guardián será obtenido por el personal del Centro de Salud.
- Todos los documentos del Centro de Salud son confidenciales y solamente el personal del Centro de Salud tendrá acceso a ellos.
- Si el estudiante tiene seguro de salud, el seguro recibirá la cuenta de los servicios proporcionados en el Centro de Salud, y también se le proporcionará con la información requerida acerca del estado de salud del estudiante.
- Los servicios en el Centro de Salud en Gaithersburg serán proporcionados por personal de: Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery, Universidad Católica, Centro Médico Nacional de Niños y el Programa GUIDE.

Yo entiendo la descripción de los servicios y políticas del Centro de Salud mencionados arriba y doy permiso para que mi hijo/a se inscriba y reciba los servicios en el Centro de Salud Escolar de Enlaces para el Aprendizaje. Yo entiendo que este permiso puede ser terminado en cualquier momento dando una nota por escrito.

Firma del Padre de Familia/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

**Enlaces del Aprendizaje - Centro de Salud Escolar**  
**Información de Seguro de Salud**

No se negarán los servicios al estudiante debido a que no puede pagar

*La siguiente información será utilizada para cobrar a su seguro cuando sea apropiado. Por favor complete una de las opciones de abajo.*

**Si su niño(a) tiene Asistencia Médica, por favor complete la siguiente información:**

**# de identificación de la Asistencia Médica de su niño(a):** \_ \_ \_ \_ \_

**Médico de su niño(a) que tiene Asistencia Médica:** \_\_\_\_\_

**# de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Organización que está a cargo del cuidado de su niño(a):** \_\_\_\_\_

**Si su niño(a) tiene seguro de salud privado, por favor complete la siguiente información:**

**Persona que está a cargo del Seguro:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Relación con el niño(a):** \_\_\_\_\_

**# de seguro Social de la persona que tiene el Seguro:** \_\_\_\_\_

**Información de la Compañía de Seguro:**

**Nombre del Asegurador** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**# de Teléfono** \_\_\_\_\_

**Número del Grupo:** \_\_\_\_\_ **Número de la Póliza** \_\_\_\_\_

**Médico del niño(a):** \_\_\_\_\_ **# de Teléfono** \_\_\_\_\_

**Si su niño(a) está inscrito en Care For Kids, por favor complete la siguiente información:**

**Proveedor del cuidado de su niño (a): (ponga uno)**

**Clínica de la Comunidad**

**Kaiser**

**Médico Privado**  **Nombre del Médico** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Si su niño(a) no tiene Seguro de Salud, por favor indíquelo chequeando aquí: ( )**

**Por favor chequee en el espacio apropiado su ingreso familiar aproximado:**

**0-\$10,000** \_\_\_\_\_ **\$11 - 20,000** \_\_\_\_\_ **\$21 - 30,000** \_\_\_\_\_ **\$31- 50,000** \_\_\_\_\_ **\$51,000 y más** \_\_\_\_\_

**Por favor indique el número de personas en su hogar: Adultos** \_\_\_\_\_ **Niños** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA!**