



Formulario de Inscripción

Ubicación del Centro de Salud _____

#de ID del Estudiante: _____

Nombre de Estudiante _____ **Escuela** _____ **Grado** _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy) _____ **Sexo** _____ **Raza/Etnicidad** _____

Dirección _____ **Teléfono de la Casa** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____ **Teléfono del estudiante** _____

País de Nacimiento _____ **Idioma** _____

Padre de Familia/Guardián _____ **Teléfono** _____

Correo Electrónico de Padre de Familia/Guardián Email _____

Contacto de Emergencia _____ **Teléfono** _____

Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a)

☐

Marque aquí si usted no quiere recibir recordatorios de su cita por mensaje de texto

Doy mi permiso para que mi hijo/a, _____, se inscriba en el Centro de Salud (SBHWC). Doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios que pueden incluir examen físico completo, vacunas, tratamiento para problemas de salud agudos y crónicos, pruebas de laboratorio y exámenes simples, prescribir y/o administrar medicina, educación de salud, llevar y/ referir casos de salud mental y servicios sociales. Doy permiso para que los profesionales de salud, de salud mental y personal de Servicios de Salud de SBHWC puedan compartir información o registros que sean necesarios para proporcionar los servicios adecuados a mi hijo a través del SBHWC y apoyar el éxito de mi hijo en la escuela.

Yo entiendo que:

- 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.
- Todos los documentos del Centro de Salud son confidenciales y solamente el personal del Centro de Salud tiene acceso a ellos, a no ser que el padre de familia o apoderado de un consentimiento por escrito o el menor de un consentimiento por escrito en caso de que esté recibiendo un tratamiento para el cual él tiene autoridad para autorizarlo.
- En este momento, que la ley de Maryland no requiere consentimiento, notificación o consejo del padre de familia/apoderado para los siguientes servicios provistos por el Centro de Salud: tratamiento o consejería sobre el abuso de drogas, alcoholismo, infección de transmisión sexual, embarazo o contracepción para menores de 18 años de edad y servicios de salud mental a menores de 16 años de edad.
- Los servicios en el Centro de Salud serán proporcionados por personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery, o personas que tengan contrato con éste.
- Si mi hijo/a tiene seguro de salud que participa con el Condado de Montgomery, se puede cobrar al seguro por los servicios dados en el Centro de Salud y el seguro puede ser provisto de información requerida acerca del estado de salud del estudiante.
- Si mi hijo/a no tiene seguro de salud, yo lo indicare en el formulario de inscripción y usted será contactado por alguien del centro de salud para ayúdale a llenar la solicitud de Asistencia Médica o Care for Kids.
- Yo autorizo cualquier pago de beneficios médicos por los servicios administrados en el Centro de Salud del Condado de Montgomery.
- Todos los niños que están inscritos con el programa serán atendidos sin importar si tienen cobertura médica y no se les cobrara por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud.

Yo entiendo la descripción de los servicios y regulaciones 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. 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** _____

POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Fecha _____

Nombre del Centro de Salud _____

**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado
de Montgomery Centro de Salud**

Información de Seguro de Salud

Nombre del Estudiante _____
(apellido) (nombre) (inicial)

de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy) _____

Nombre del Pediatra _____ Teléfono del Pediatra _____ Fax _____

Dirección del Pediatra _____

Fecha del último examen físico _____ Correo Electrónico del Pediatra _____

Yo doy mi autorización para que mi Pediatra de servicios de salud sea notificado de mi inscripción/visita a la clínica escolar, SBHWC

Si ☐ No ☐

Por favor complete la siguiente información. Provea una copia de su tarjeta de seguro médico. Su seguro recibirá la cuenta.

Padre de Familia/Guardián: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy) _____

Padre de Familia/Guardián: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy) _____

Tiene su niño/a seguro de salud? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es si, por favor, complete lo siguiente:

☐ Mi hijo/a está inscrito/a en el Programa de Care For Kids PULS # _____

☐ Mi hijo/a tiene Asistencia Médica (HealthChoice o Kaiser) *Si puede incluya la copia de la tarjeta*

Número de la tarjeta de Asistencia Médica (11-digits) _____

Número de la tarjeta de Kaiser (Medical Record Number) _____

Nombre de la Organización que tiene su hijo/a _____

☐ Mi hijo/a tiene seguro privado *Adjunte una copia de la tarjeta, si la tiene disponible*

Nombre de la persona que está a cargo del seguro _____

Relación con el niño/a _____

Número de seguro social o póliza de la persona que está a cargo _____

Lugar de empleo de la persona que tiene el seguro _____

Nombre de la Compañía Aseguradora _____

Dirección de Cobro de la Compañía Aseguradora _____

Todos los niños/as serán atendidos sin importar si tienen seguro médico y nos se les cobrará por los servicios ofrecidos por el Centro de Salud de la escuela.

POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

CENTROS DE SALUD Y BIENSTAR ESCOLAR

Consentimiento para administrar medicina sin receta a los estudiantes que han completado la hoja de inscripción

Las medicinas mencionadas a continuación se encuentran en el Centro de Salud y Bienstar Escolar. Si su niño(a) está inscrito para recibir los servicios, ellos pueden recibir una de esas medicinas, si de acuerdo al juicio de la enfermera escolar/enfermera práctica ellas puedan ser útiles. Usted será notificado por teléfono o por escrito, si a su niño(a) se le administra una de esas medicinas.

Para dar permiso que su niño(a) tome cualquiera de estas medicinas, por favor marque **SI** en la parte de abajo. Si usted no desea que su niño(a) reciba una o más medicinas, ponga **NO**.

SUSTITUTO DE LA ASPIRINA (acetaminofén {Tylenol})

☐ SI ☐ NO

-para fiebre mayor que 100.4° y/o dolor /incomodidad.

IBUPROFEN ({Advil}, {Motrin})

☐ SI ☐ NO

-para fiebre mayor que 100.4° y/o dolor /incomodidad.

ANTIISTAMINICO (loratidina {Claritin})

☐ SI ☐ NO

-para la picazón y/o congestión nasal

ANTIISTAMINICO (hidrocloro de difenidramine {Benadryl})

☐ SI ☐ NO

-para reacciones alérgicas o síntomas de alergia

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/madre _____ Fecha _____

POR FAVOR ENTREGUE ESTE FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Questionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Persona que llenó el Formulario:	Relación con el Paciente:	Fecha de Hoy:

Historial Familiar (padres, abuelos, hermanos/as)			Historial de Salud		
Ha tenido alguien de tu familia:	Si	No	Alguna vez su niño/a ha tenido:	Si	No
¿Problemas respiratorios (de los pulmones) como el asma?	☐	☐	Alergias?	☐	☐
¿Problemas neurológicos (del cerebro) como convulsiones o derrame cerebral?	☐	☐	Asma u otros problemas pulmonares, incluida la tuberculosis?	☐	☐
¿Problemas cardíacos (del corazón): hipertensión, colesterol alto o un infarto ?	☐	☐	Problemas de la vista o de la audición?	☐	☐
¿Problemas endocrinos como diabetes o enfermedad de tiroides?	☐	☐	Problemas del corazón?	☐	☐
¿Desórdenes de la sangre como anemia falciforme?	☐	☐	Convulsiones/Epilepsia?	☐	☐
¿Problemas de salud mental?	☐	☐	Diabetes?	☐	☐
¿Problemas o diferencias de aprendizaje?	☐	☐	Problemas de aprendizaje?	☐	☐
Otro:	☐	☐	Desórdenes de la Sangre?	☐	☐
Si ha respondido SI a alguna de estas preguntas, explique QUIEN y facilite cualquier detalle adicional pertinente.			Problemas de comportamiento?	☐	☐
			Problemas de salud mental?	☐	☐
			Lesiones óseas o articulares?	☐	☐
			¿Problemas de la piel como eccema?	☐	☐
			¿Ha estado tu hijo alguna vez hospitalizado?	☐	☐
			¿Alguna vez su hijo ha tenido una operación?	☐	☐
			¿Alguna vez su hijo ha tenido que consultar con un especialista?	☐	☐
			Tuvo su hijo algún problema al nacer?	☐	☐
			¿Toma su hijo algún medicamento con o sin receta, o algún suplemento o vitamina?	☐	☐
			Otro:	☐	☐
			Si ha respondido SI a alguna de estas preguntas, explique QUIEN y facilite cualquier detalle adicional pertinente.		



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
(Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page)

Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad

¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

¿Cómo compartiremos su información?

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que **no** están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

Con quién puede hablar para solicitar más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 3050. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del representante del DHHS

Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: _____