



Enrollment Form

SBHWC Location:

Student ID #:

Student's Name _____ **Home School** _____ **Grade** _____

Date of Birth _____ **Gender** _____ **Race/Ethnicity** _____

Address _____ **Home Phone** _____

City _____ **State** _____ **Zip Code** _____ **Student Phone** _____

Country of Birth _____ **Primary Language spoken at home** _____

Student's Primary Health Care _____ **Phone** _____

Parent/Guardian _____ **Date of Birth** _____ **Phone #** _____

Other Emergency Contact _____ **Contact's Phone #** _____

Contact's Relationship to Child _____

I give permission for my child, _____, to enroll in the School Based Health/Wellness Center (SBHWC). I consent to his/her receiving services which may include complete physical examinations, immunizations, treatment for chronic and acute health problems, health screenings, limited laboratory and diagnostic tests, administration/prescribing of medications, health education, case management and /or referrals to mental health and social services. I give permission for SBHWC health and mental health professionals and School Health Services staff to share information or records as needed to provide appropriate services to my child through the SBHWC and support my child's success in school.

I understand:

- The parent/guardian may or may not be present at the time services are provided, but will be notified by phone or in writing when a child receives services in the School Based Health/Wellness Center (SBHWC).
- All SBHWC records are confidential and only the SBHWC staff and providers will have access to a child's SBHWC records and information, unless the parent/guardian gives written consent, or the minor patient gives written consent, in the event the minor is receiving treatment for which the minor has the authority to consent.
- At this time, Maryland law does not require parental consent or notification for the following services provided by the SBHWC: treatment or advice about drug abuse, alcoholism, sexually transmitted infections, pregnancy or contraception to minors under 18 years of age, and mental health services to minors age 16 years or older.
- Services at the SBHWC will be provided by staff employed by or contractors with Montgomery County Department of Health and Human Services.
- If my child has health insurance through an insurance company that participates with Montgomery County, the insurer will be billed for services given in the SBHWC and the insurer may be provided required information about the child's health status or other information necessary to process insurance claims.
- If my child does not have health insurance, I will indicate on my enrollment form and I will be contacted by SBHWC staff to assist in applying for Maryland Children's Health Program (HealthChoice) or Care for Kids coverage.
- I am authorizing any payment of medical benefits for services rendered in the SBHWC to be directed to Montgomery County.
- **All enrolled children will be seen regardless of their insurance status and I will not receive a bill for services provided in the SBHWC.**

I understand the description of services and policies of the SBHWC as stated above and give permission for my child to enroll and receive services in the SBHWC. I understand that this permission can be withdrawn at any time by submitting notice in writing.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ **Date** _____

Print Name _____ **Relationship to Student** _____

Formulario de Inscripción

Ubicación del Centro de Salud:

#de ID del Estudiante:

Nombre de Estudiante _____		Escuela _____		Grado _____	
Fecha de Nacimiento _____		Sexo _____		Raza _____	
Dirección _____			Teléfono de la Casa _____		
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____	
Teléfono del estudiante _____					
País de Nacimiento _____			Idioma _____		
Nombre del proveedor de salud del estudiante _____			Teléfono _____		
Padre de Familia/Guardián _____		Fecha de Nacimiento _____		Teléfono _____	
Contacto de Emergencia _____			Teléfono _____		
Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a) _____					

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/o 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 cobrará 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** _____

Date Form Completed _____

SBHWC Location _____

**Montgomery County Department of Health and Human Services
School Based Health and Wellness Center**

Health Insurance Information

Student's Name _____
(last) (first) (middle)

School _____ Date of Birth _____

Name of Child's Doctor _____ Doctor's Phone Number _____

Date of Last Physical Exam _____

Please complete the information below. Please provide a copy of your insurance card. Your insurance company may be billed.

Parent/Guardian Name: _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian Name: _____ Date of Birth _____

Does your child have health coverage? ☐ Yes ☐ No

If No, please check and complete:

Number of Family Members _____ Family Income _____ ☐ weekly ☐ monthly ☐ yearly

*If Yes, please check and complete **one** of the following:*

☐ My Child is enrolled in the Care For Kids Program PULS # _____

☐ My Child has Medical Assistance (HealthChoice) *Complete below and attach a copy of HealthChoice card, if available*

Child's Medical Assistance # or SSN _____

Child's Managed Care Organization _____

(If you have not selected an MCO, write "none")

☐ My Child has private health insurance *Complete below and attach a copy of health insurance card, if available*

Name of Policy Holder _____

Relationship to Child _____

Social Security or ID Number of Policy Holder _____

Policy Holder's Place of Employment _____

Name of Insurance Company _____

Insurance Billing Address _____

All children will be seen regardless of their insurance status and will not receive a bill for services provided at the SBHWCs

PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR SCHOOL NURSE

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)

Escuela _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Pediatra _____ Teléfono del Pediatra _____

Fecha del último examen físico _____

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 _____

Padre de Familia/Guardián: _____ Fecha de Nacimiento _____

Tiene su niño/a seguro de salud?



Si



No

Si la respuesta es negativa, por favor, complete

Número de personas en la familia _____ Ingreso familiar anual _____ ☐ de semana ☐ mes ☐ año

Si la respuesta es afirmativa, por favor, complete una de las siguientes

☐

Mi hijo/a está inscrito/a con el Programa de CareFor Kids PULS# _____

☐

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

Número de la tarjeta de Asistencia Médica o # de Seguro Social _____

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*

(Si no la tiene, ponga, "ninguna")

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

SCHOOL BASED HEALTH and WELLNESS CENTER

Consent to Administer Over the Counter Medications to Enrolled Students

The medications listed below are stocked at the School Based Health and Wellness Centers. If your child is **enrolled** for services, he/she may be given one of these medications, if in the judgment of the school nurse or nurse practitioner they might be helpful. You will be notified by telephone or by note, if and when your child is given of these medications.

To give your permission for your child to take any of these medications, please check **YES** below. If you do not want your child to receive one or more of these medications, check **NO**.

ASPIRIN SUBSTITUTE (acetaminophen {Tylenol}) ☐ YES ☐ NO
-For fever greater than 100.4° and/or discomfort/pain.

ANTI HISTAMINE (Loratidine {Claritin}) ☐ YES ☐ NO
-for allergic reaction and/or nasal congestion.

ANTI HISTAMINE (diphenhydramine
hydrochloride {Benadryl}) ☐ YES ☐ NO
-for allergic reaction and/or nasal congestion.

Child's Name _____ DOB _____ Grade _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

**CENTRO DE SALUD ESCOLAR Y COLEGIO ENLACES DEL
APRENDIZAJE**

**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 Escolar Y Colegio. Si su niño(a) está inscrito para los servicios, él o ella 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 se administra a su niño(a) 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.

ANTIISTAMINICO (loratadina {Claritin}) ☐ SI ☐ NO
reacción alérgica y/o congestión nasal

ANTIISTAMINICO (hidrocloro de difenidramine {Benadryl}) ☐ SI ☐ NO
reacción alérgica y/o congestión nasal

Nombre del niño(a) _____ **Fecha de nacimiento** _____

Firma del padre/madre _____ **Fecha** _____ **Grado** _____

SCHOOL BASED HEALTH AND WELLNESS CENTER

STUDENT HEALTH HISTORY

Patient Name: _____		Date of Birth: _____	Sex: (circle) ☐ Male ☐ Female																																																																																														
Form Completed By: _____	Today's Date: _____	Relationship: _____																																																																																															
PREGNANCY AND BIRTH HISTORY		PSYCHOSOCIAL HISTORY																																																																																															
Name of Hospital: _____ Illnesses during pregnancy? No ☐ Yes ☐ Medications during pregnancy? No ☐ Yes ☐ Alcohol/Drug Abuse? No ☐ Yes ☐ Problems at birth? No ☐ Yes ☐ Describe: _____ Type of delivery? ☐ Vaginal ☐ C-section Birth Weight _____ Discharge Weight _____ Did baby receive Hepatitis B vaccine? No ☐ Yes ☐ Date of Hepatitis B immunization: _____ Newborn Hearing Screen? No ☐ Yes ☐		Who lives in household? _____ How many? _____ ☐ Rent? ☐ Own? ☐ Shelter? Who cares for child? _____ Date of Birth? Mother _____ Father _____ Are parents working? Mother No ☐ Yes ☐ Father No ☐ Yes ☐ Foster Care? _____ Dates: _____ Other Languages? _____																																																																																															
FAMILY HISTORY		MEDICAL HISTORY																																																																																															
Has anyone in the family (parents, grand-parents, aunts/uncles, sisters/brothers) had: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="text-align: left;"></th> <th style="text-align: center;">Who?</th> </tr> <tr> <td>Allergies (List) _____</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Asthma</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>TB/Lung Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>HIV/AIDS</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Suicide Attempts</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Heart Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>High Blood Pressure/Stroke</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>High Cholesterol</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Blood Disorders/Sickle Cell</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Seizures</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Mental Illness</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Cancer</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Birth Defects</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Hearing Loss</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Speech Problems</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Kidney Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Alcohol/Drug Abuse</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Hepatitis/Liver Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Thyroid Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Learning Problems/Attention Deficit Disorder</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Family Violence</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Other: _____</td> <td></td> </tr> </table>			Who?	Allergies (List) _____	No ☐ Yes ☐	Asthma	No ☐ Yes ☐	TB/Lung Disease	No ☐ Yes ☐	HIV/AIDS	No ☐ Yes ☐	Suicide Attempts	No ☐ Yes ☐	Heart Disease	No ☐ Yes ☐	High Blood Pressure/Stroke	No ☐ Yes ☐	High Cholesterol	No ☐ Yes ☐	Blood Disorders/Sickle Cell	No ☐ Yes ☐	Diabetes	No ☐ Yes ☐	Seizures	No ☐ Yes ☐	Mental Illness	No ☐ Yes ☐	Cancer	No ☐ Yes ☐	Birth Defects	No ☐ Yes ☐	Hearing Loss	No ☐ Yes ☐	Speech Problems	No ☐ Yes ☐	Kidney Disease	No ☐ Yes ☐	Alcohol/Drug Abuse	No ☐ Yes ☐	Hepatitis/Liver Disease	No ☐ Yes ☐	Thyroid Disease	No ☐ Yes ☐	Learning Problems/Attention Deficit Disorder	No ☐ Yes ☐	Family Violence	No ☐ Yes ☐	Other: _____		Has your child ever had: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Allergies (List) _____</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Asthma</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Chicken Pox (Year) _____</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Frequent Ear Infections</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Vision/Hearing Problems</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Skin Problems/Eczema</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>TB/Lung Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Seizures/Epilepsy</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>High Blood Pressure</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Heart Defects/Disease</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Liver Disease/Hepatitis</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Kidney Disease/Bladder Infections</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Physical or Learning Disabilities</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Bleeding Disorders/Hemophilia</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Sexually Transmitted Diseases</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Emotional or Behavioral Problems</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Depression/Suicidal Thoughts</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Hospitalizations/Surgeries</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Physical/Emotional/ Sexual Abuse</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Bone or Joint Injuries</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Obesity/Eating Disorders</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> <tr> <td>Other: _____</td> <td>No ☐ Yes ☐</td> </tr> </table>		Allergies (List) _____	No ☐ Yes ☐	Asthma	No ☐ Yes ☐	Chicken Pox (Year) _____	No ☐ Yes ☐	Frequent Ear Infections	No ☐ Yes ☐	Vision/Hearing Problems	No ☐ Yes ☐	Skin Problems/Eczema	No ☐ Yes ☐	TB/Lung Disease	No ☐ Yes ☐	Seizures/Epilepsy	No ☐ Yes ☐	High Blood Pressure	No ☐ Yes ☐	Heart Defects/Disease	No ☐ Yes ☐	Liver Disease/Hepatitis	No ☐ Yes ☐	Diabetes	No ☐ Yes ☐	Kidney Disease/Bladder Infections	No ☐ Yes ☐	Physical or Learning Disabilities	No ☐ Yes ☐	Bleeding Disorders/Hemophilia	No ☐ Yes ☐	Sexually Transmitted Diseases	No ☐ Yes ☐	Emotional or Behavioral Problems	No ☐ Yes ☐	Depression/Suicidal Thoughts	No ☐ Yes ☐	Hospitalizations/Surgeries	No ☐ Yes ☐	Physical/Emotional/ Sexual Abuse	No ☐ Yes ☐	Bone or Joint Injuries	No ☐ Yes ☐	Obesity/Eating Disorders	No ☐ Yes ☐	Other: _____	No ☐ Yes ☐
	Who?																																																																																																
Allergies (List) _____	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Asthma	No ☐ Yes ☐																																																																																																
TB/Lung Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
HIV/AIDS	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Suicide Attempts	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Heart Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
High Blood Pressure/Stroke	No ☐ Yes ☐																																																																																																
High Cholesterol	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Blood Disorders/Sickle Cell	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Diabetes	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Seizures	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Mental Illness	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Cancer	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Birth Defects	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Hearing Loss	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Speech Problems	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Kidney Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Alcohol/Drug Abuse	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Hepatitis/Liver Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Thyroid Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Learning Problems/Attention Deficit Disorder	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Family Violence	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Other: _____																																																																																																	
Allergies (List) _____	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Asthma	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Chicken Pox (Year) _____	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Frequent Ear Infections	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Vision/Hearing Problems	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Skin Problems/Eczema	No ☐ Yes ☐																																																																																																
TB/Lung Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Seizures/Epilepsy	No ☐ Yes ☐																																																																																																
High Blood Pressure	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Heart Defects/Disease	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Liver Disease/Hepatitis	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Diabetes	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Kidney Disease/Bladder Infections	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Physical or Learning Disabilities	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Bleeding Disorders/Hemophilia	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Sexually Transmitted Diseases	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Emotional or Behavioral Problems	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Depression/Suicidal Thoughts	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Hospitalizations/Surgeries	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Physical/Emotional/ Sexual Abuse	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Bone or Joint Injuries	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Obesity/Eating Disorders	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Other: _____	No ☐ Yes ☐																																																																																																
Reviewed by: _____		Date of Review: _____																																																																																															

SCHOOL BASED HEALTH AND WELLNESS CENTER

Cuestionario de Historial Médico Familiar

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Sexo: M ☐ F ☐ (circule)
Persona que llenó el Formulario:	Fecha de Hoy:	Relación con el Paciente::	
HISTORIAL DURANTE EMBARAZO Y AL NACER		HISTORIAL PSICOSOCIAL	
Nombre del Hospital: _____ Enfermedades durante el embarazo No ☐ Si ☐ Medicamentos durante embarazo No ☐ Si ☐ Abuso de Alcohol o drogas No ☐ Si ☐ Problemas al Nacer No ☐ Si ☐ Describa: _____ Tipo de Parto ☐ Vaginal ☐ Cesárea Peso al Nacer _____ Peso al darle de alta _____ El bebé recibió vacuna para Hepatitis B No ☐ Si ☐ Fecha de la vacuna de Hepatitis B: _____ Examen Auditivo para recién nacidos No ☐ Si ☐		¿Quién vive en el hogar? _____ ¿Cuántas personas viven en el hogar? _____ ☐ Alquilan ☐ casa propia ☐ refugio ¿Quién cuida el niño/a? _____ Fecha de Nacimiento Madre _____ Padre _____ Trabajan los Padres Madre No ☐ Si ☐ Padre No ☐ Si ☐ Hogar Sustituto _____ Fecha: _____ ¿Qué otro idiomas se hablan en la casa? _____	
HISTORIAL FAMILIAR		HISTORIAL DE SALUD	
Hay alguien en la familia (padres, abuelos, tíos/as, hermanos/as) que haya tenido: Alergias (a qué) _____ ¿Quién? _____ No ☐ Si ☐ Asma No ☐ Si ☐ TB/Enfermedad del Pulmón No ☐ Si ☐ VIH/SIDA No ☐ Si ☐ Intentos Suicidas No ☐ Si ☐ Enfermedad del Corazón No ☐ Si ☐ Presión alta/Derrame Colesterol No ☐ Si ☐ Alto _____ Desórdenes de la Sangre/ "Sickle Cell" No ☐ Si ☐ Diabetes No ☐ Si ☐ Convulsiones No ☐ Si ☐ Desórdenes Mentales No ☐ Si ☐ Cáncer No ☐ Si ☐ Defectos de Nacimiento No ☐ Si ☐ Pérdida de Audición Problemas de habla No ☐ Si ☐ Enfermedades Renales No ☐ Si ☐ Abuso de Alcohol/ Droga No ☐ Si ☐ Hepatitis/Enfermedad del Hígado No ☐ Si ☐ Enfermedad de la Tiroide No ☐ Si ☐ Problemas de Aprendizaje/ Deficit de Atención ("ADD") No ☐ Si ☐ Violencia Doméstica No ☐ Si ☐ Otras: _____ No ☐ Si ☐		Alguna vez su niño/a ha tenido: Alergias (a qué) _____ No ☐ Si ☐ Asma No ☐ Si ☐ Varicela (año) _____ No ☐ Si ☐ Infecciones frecuentes de oído No ☐ Si ☐ Problemas de Audición/Infecciones de la Vista No ☐ Si ☐ Problemas de la Piel/Eczema No ☐ Si ☐ TB/Enfermedad del Pulmón No ☐ Si ☐ Convulsiones/Epilepsia No ☐ Si ☐ Hipertensión/Presión Alta No ☐ Si ☐ Enfermedad del Corazón No ☐ Si ☐ Defectos Hepatitis/Enfermedad del Hígado No ☐ Si ☐ Diabetes No ☐ Si ☐ Enfermedades del Riñón/Vejiga No ☐ Si ☐ Problemas Físicos o de Aprendizaje No ☐ Si ☐ Desórdenes de la Sangre/Hemofilia No ☐ Si ☐ Enfermedades Transmitidas Sexualmente No ☐ Si ☐ Problemas Emocionales o de Comportamiento No ☐ Si ☐ Depresión/Pensamientos Suicidas No ☐ Si ☐ Hospitalizaciones/Cirugías No ☐ Si ☐ Abuso /Físico/Emocional/ o Sexual No ☐ Si ☐ Problemas en las Coyunturas/Huesos No ☐ Si ☐ Obesidad/Trastornos Alimenticios No ☐ Si ☐ Otras: _____ No ☐ Si ☐ Lista de Medicamento/s que toma: _____	
Revisado por:		Fecha que fue Revisado:	



Montgomery County Department of Health and Human Services

Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page

What is the Notice of Privacy Practices?

We are required by law to provide you with a notice of our privacy practices. Our complete *Notice of Privacy Practices* is attached. The purpose of the *Notice* is to inform you about:

- Our legal obligation to protect your information.
- How we will share your information without your written permission.
- Rights that you have related to your information.
- Who you can contact to ask questions, make a request, or file a complaint.

How will we share your information?

Our Department provides a variety of health, income support and social services. To provide these services, we must ask you for personal information that may contain health, financial and other information that identifies you. We will keep your information safe and will only share it when the law permits us or requires us to do so. We will share your information as necessary to:

- Provide you with high quality and coordinated treatment and services.
Example: Communicating information between programs to make referrals, determine eligibility or develop a care plan;
- Obtain payment for services. Example: Billing Medicaid;
- Manage our services and programs. Example: Reviewing the quality of the services you receive.

The attached *Notice* lists other reasons why we may share your information. If we need to share your information for reasons that are **not** listed, we will ask for your written permission. You have other rights related to your information that are listed on page 4 of the *Notice*.

Contact Information:

If you have questions about our privacy practices, want to make a request related to your information, or have a privacy concern, contact the staff person who is working with you, or our Privacy Official at 240 777- 3050. Additional contact information is provided at the end of the *Notice*.

Acknowledgement of receipt of the complete *Notice*:

Client or Authorized Representative (Sign your name)

Date

Print your name

Signature of DHHS representative

Signature of interpreter/translator if applicable

If unable to get acknowledgement, specify why: _____



SPANISH

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: _____