



## Formulario de Inscripción

Escuela: \_\_\_\_\_

#de ID del Estudiante \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Escuela** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **# de Seguro Social** \_ \_ - \_ - \_ **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** \_\_\_\_\_

**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 (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.

- 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 tendrá 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.
- Yo entiendo que 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 el estudiante 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 el estudiante tiene un seguro de salud que no participa con el Condado de Montgomery o no tiene seguro de salud, usted recibirá un recibo de pagp por los servicios recibidos en el Centro de Salud basado en la información provista de cuanto es su sueldo. Ningún pago se recibirá en la escuela.
- Si su hijo/a no tiene seguro de salud, por favor indíquelo en el formulario y usted será contactado para que alguien del centro de salud le ayude a aplicar para Asistencia médica o Care for Kids.
- Yo autorizo que se de cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar para reclamos del seguro si se amerita, y autorizo el 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 pueden pagar o no ni dependiendo del tipo de seguro que tengan.

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. 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** \_\_\_\_\_