

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

**UCFS School Based Health Center**  
**(Centro de Salud Escolar de UCFS)**  
**Formulario de inscripción**



Kelly STEAM Magnet Middle School, 25 Mahan Drive, Norwich, CT  
860-934-1101

John B. Stanton Elementary School, 386 New London Turnpike, Norwich, CT  
860-934-1107

Teacher's Memorial Global Studies Magnet Middle School, 15 Teachers Drive, Norwich, CT  
860-934-1150

Norwich Technical High School, 7 Mahan Drive, Norwich, CT  
860-822-4909

Norwich Free Academy, 305 Broadway, Norwich, CT  
860-425-5557

Montville High School, 800 Old Colchester Road, Oakdale, CT  
860-822-4914

Los Centros de Salud Escolar de UCFS ofrecen los siguientes servicios:

**Salud conductual** – evaluaciones de salud mental, cernimientos de abuso de sustancias, orientación (individual, grupal y familiar)

**Médico** - exámenes físicos, cuidado preventivo, inmunizaciones, tratamiento de lesiones y enfermedades menores, salud reproductiva y educación de salud

**Salud dental** – limpiezas de higiene dental, cuidado preventivo (en momentos específicos del año solo con cita)

**¿Quién puede recibir los servicios?** Solo los estudiantes que estén inscritos en una escuela en la que haya un Centro de Salud Escolar pueden recibir los servicios. No está abierto al público.

**¿Por qué inscribir a su hijo/a?** Los estudiantes reciben el cuidado que necesitan en las instalaciones durante el día escolar sin perder clases. Los padres no tienen que faltar al trabajo para llevar a su hijo/a a las citas. El Centro de Salud Escolar de UCFS colabora y se comunica con el proveedor de cuidado primario de su hijo/a.

**¿Cómo inscribo a mi hijo/a?** Para inscribir a su hijo/a en los servicios escolares, complete todos los formularios adjuntos en tinta y devuélvalos a la Oficina principal de la escuela. Puede encontrar formularios adicionales en UCFShealthcare.org. Al inscribirse en un Centro de Salud Escolar de UCFS, su hijo/a puede recibir servicios en cualquier Centro de Salud Escolar de UCFS ubicado en la escuela en la que su hijo/a se encuentra inscripto/a.

**Costo:** El seguro se factura siempre que sea posible para mantener el Centro de Salud Escolar de UCFS. Sin embargo, los estudiantes recibirán cuidado independientemente de la capacidad de pago. Los copagos se facturarán directamente a los padres/tutores.

**Información del/de la estudiante:**

Nombre del/de la estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono (marcar teléfono principal)  Celular: \_\_\_\_\_  Hogar: \_\_\_\_\_  Trabajo: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Da su consentimiento para que UCFS obtenga sus antecedentes de salud (haga un círculo a una opción)? **SÍ** **NO**  
UCFS puede dejar un mensaje con los resultados en:  Hogar  Celular  Ninguno

¿Es o ha sido paciente de UCFS el/la estudiante? **SÍ** **NO**  
En caso afirmativo, haga un círculo a todas las opciones que corresponda:  Médico  Dental  Salud conductual

**Nombre del proveedor de cuidado primario del/de la estudiante:**

**Número de teléfono:**

**Nombre del proveedor dental del/de la estudiante:**

**Número de teléfono:**

**Nombre del proveedor de salud conductual del/de la estudiante:**

**Número de teléfono:**

¿En qué otro lugar recibe servicios su hijo/a?  Sala de emergencias  Clínica ambulatoria/de cuidado urgente  Clínica militar

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Hispano/Latino (haga un círculo a uno): **SÍ** **NO**

Asiático  Indio americano o nativo de Alaska  
 Negro o afroamericano  Blanco  Nativo de Hawái  
 Otra isla del Pacífico Otro, especifique: \_\_\_\_\_

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

**UCFS School Based Health Center  
(Centro de Salud Escolar de UCFS)  
Formulario de inscripción**



Orientación sexual:  Heterosexual  Lesbiana, gay u homosexual  Bisexual  
 Otra  No lo sé  Prefiere no divulgarla

Identidad de género:  Masculino  Femenino  Transgénero masculino/fem. a masc.  Transgénero femenino/masc. a fem.  
 Intergénero (*gender queer*)  Otra  Prefiere no divulgarla

**Asociados** (Por favor, indique cualquier persona, que no sean los padres, con quien UCFS pueda hablar con respecto a lo siguiente: Coloque una inicial a todas las opciones que correspondan.)

| Nombre y dirección | Fecha de nac. | Relación con el/la cliente | Número de teléfono | Contacto de emergencia | Hablar sobre información de la cita | Si el cliente es menor de edad puede traerlo a las citas |
|--------------------|---------------|----------------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|--|
|                    |               |                            |                    |                        |                                     |  |
|                    |               |                            |                    |                        |                                     |  |
|                    |               |                            |                    |                        |                                     |  |

**Responsible** (Usar si es menor de 18 años para padre, madre, tutor, DCF, POA)

|                              |                             |                    |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Nombre:                      | Relación con el/la cliente: | Fecha de nac.: / / |
| Dirección:                   | N.º teléfono principal:     |                    |
| Ciudad/Estado/Código postal: | N.º teléfono secundario:    |                    |
| Nombre:                      | Relación con el/la cliente: | Fecha de nac.: / / |
| Dirección:                   | N.º teléfono principal:     |                    |
| Ciudad/Estado/Código postal: | N.º teléfono secundario:    |                    |

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_  
¿Ha estado sin hogar algún día durante los últimos 12 meses (haga un círculo a una opción)? **SÍ** **NO**  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

|  |  |  |
|--|--|--|
| ¿Cuál es su ingreso familiar estimado por año? |  |  |
| <input type="checkbox"/> \$0-\$9,999           | <input type="checkbox"/> \$10,000-\$19,999 | <input type="checkbox"/> \$20,000-29,999 |
| <input type="checkbox"/> \$30,000-\$39,000     | <input type="checkbox"/> \$40,000-\$49,000 | <input type="checkbox"/> Más de \$50,000 |

Yo/Nosotros (nombre en imprenta) \_\_\_\_\_; (nombre en imprenta) \_\_\_\_\_  
por la presente declaro/declaramos que soy/somos el/los padre/s legal/es del niño/a indicado/s a continuación y tengo/tenemos la autoridad para tomar decisiones sobre todos los servicios médicos y de tratamiento. Yo/nosotros solicitamos y damos permiso a United Community & Family Service, Inc., para tratar a mi/nuestro/a hijo/a que está en la lista a continuación.

Nombre del/de la hijo/a (en imprenta) \_\_\_\_\_ Fecha de nac. del/de la hijo/a \_\_\_\_\_

Si no hay un padre/madre/tutor legal alternativo presente al completar este documento, por favor indique la persona que también tiene la autoridad para tomar decisiones médicas y de tratamiento en nombre del/de la niño/a.

Nombre del padre/madre/tutor legal alternativo no presente: (en imprenta) \_\_\_\_\_

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

**UCFS School Based Health Center  
(Centro de Salud Escolar de UCFS)  
Formulario de inscripción**



**Información del seguro:**

**Plan de seguro médico/salud conductual primario:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial media: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º SS del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

**Plan de seguro médico/salud conductual secundario:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial media: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º SS del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

**Plan de seguro dental:** \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial media: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º SS del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Le gustaría que alguna persona lo/a contactara sobre solicitar (haga un círculo a una opción): **Seguro (Husky)** **SNAP (estampillas de alimentos)**

**Información sobre pago:**

¿Quién es responsable del pago de los servicios proporcionados?  Yo  Otro (complete a continuación)

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, autorizo a UCFS a comunicarse con los Asociados mencionados anteriormente con respecto a la información de las citas de rutina y/o, si el cliente es un menor, autorizo a dicha(s) persona(s) a traer a mi hijo/a para las citas de rutina.

Entiendo que es mi responsabilidad actualizar a UCFS sobre los cambios a los Asociados listados arriba. Lo que he proporcionado anteriormente permanecerá activo y en vigencia hasta que se proporcione información nueva a UCFS.

Al marcar esta casilla, reconozco que me han ofrecido/ he recibido el Manual para pacientes de UCFS

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del cliente, paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

**UCFS School Based Health Center  
(Centro de Salud Escolar de UCFS)  
Formulario de inscripción**



**Antecedentes de salud del/de la estudiante**

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

| ¿Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones?   |                          |    |                          |    |  |                          |          |                          |          |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| TDA/TDAH   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Enfermedad/problemas cardíacos   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Anemia   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Hipertensión   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Asma   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Trastorno inmunitario  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Defectos de nacimiento   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Dificultades de aprendizaje/retrasos en el desarrollo  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Bipolar  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Enfermedad mental  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Cáncer   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Sobrepeso  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Convulsiones   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Problemas dentales   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Problemas para dormir. ¿A qué edad su hijo/a durmió toda la noche? _____                               | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Depresión  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Abuso de sustancias (alcohol o drogas)   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Eccema   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Uso de tabaco  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| VIH/SIDA   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Enfermedad tiroidea  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Lesión en la cabeza  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Problemas auditivos  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Pérdida de peso  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Presión sanguínea alta   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Otras condiciones/inquietudes:   |                          |          |                          |          |
| ¿Su hijo/a ha pasado la noche en un hospital?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Cuándo:  |                          | Por qué: |                          |          |
| ¿Si hijo/a ha tenido una cirugía?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Cuándo:  |                          | Por qué: |                          |          |
| ¿Su hijo/a ha estado en un accidente grave?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Cuándo:  |                          | Por qué: |                          |          |
| ¿Su hijo/a toma algún medicamento?   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Nombre del medicamento:  |                          |          |                          |          |
| ¿Su hijo/a toma alguna vitamina o suplemento?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Haga una lista:  |                          |          |                          |          |
| ¿Es su hijo/a alérgico/a a algún medicamento?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Nombre del medicamento:  |                          |          |                          |          |
| ¿Es su hijo/a alérgico/a a algún alimento o a otras cosas?   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Nombre del alimento/de la otra cosa:   |                          |          |                          |          |
| ¿Su hijo/a ha tenido varicela?   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | ¿A qué edad?   |                          |          |                          |          |
| ¿Está su hijo/a recibiendo algún tipo de orientación en este momento?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | ¿Dónde?  |                          |          |                          |          |
| ¿Su hijo/a ha recibido orientación en el pasado?   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | ¿Dónde?  |                          |          |                          |          |
| <b><i>Si es mujer, la estudiante:</i></b>  |                          |    |                          |    |  |                          |          |                          |          |
| ¿Está embarazada o posiblemente embarazada?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |  |                          |          |                          |          |
| ¿Tiene problemas menstruales?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |  |                          |          |                          |          |
| <b><i>Para servicios dentales, el/la estudiante:</i></b>   |                          |    |                          |    |  |                          |          |                          |          |
| ¿Tiene necesidades especiales de movilidad?  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | ¿El/La estudiante tiene alguna necesidad que el higienista debería conocer antes de darle tratamiento? | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| ¿Tiene experiencia viendo a un dentista?   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | ¿Tiene encías que sangran al cepillarse o pasarse el hilo dental?                                      | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| ¿Requiere medicamentos previos antes del tratamiento dental?   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | ¿Los dientes le han causado dolor?   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| <b>ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Tiene alguien en la familia del niño/de la niña alguna de las siguientes condiciones? (madre, padre, hermano/a, abuelo/a)</b> |                          |    |                          |    |  |                          |          |                          |          |
|  |                          |    |                          |    | Familiar   |                          |          |                          | Familiar |
| TDA/TDAH   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Enfermedades cardíacas   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Anemia   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Hipertensión   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Asma   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Trastorno inmunitario  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Defectos de nacimiento   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Dificultades del aprendizaje   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Bipolar  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Sobrepeso  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Cáncer   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Convulsiones   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Abuso de sustancias  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Problemas dentales   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Uso de tabaco  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Depresión  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Enfermedad tiroidea  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Eccema   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Tuberculosis   | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |
| Lesión en la cabeza  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | Problemas menstruales  | <input type="checkbox"/> | Sí       | <input type="checkbox"/> | No       |

ID del cliente: \_\_\_\_\_

Iniciales del personal: \_\_\_\_\_

**UCFS School Based Health Center  
(Centro de Salud Escolar de UCFS)  
Formulario de inscripción**



**Consentimiento para servicios:**

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

**Consentimiento: Al firmar abajo, entiendo y reconozco que he leído y entendido este consentimiento.**

Doy permiso para que mi hijo/a reciba los siguientes servicios en el Centro de Salud Escolar de UCFS. Certifico que la información de salud proporcionada es exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del/de la estudiante/paciente. Contactaré al personal escolar si hay algún cambio en los antecedentes de salud de mi hijo/a.

**Servicios médicos**

- Es posible que los adolescentes eviten obtener el cuidado necesario para ciertos problemas, a menos que sepan que pueden ser tratados de manera confidencial y los padres suelen preferir que sus hijos tengan un lugar adonde ir cuando necesiten cuidado médico. Si bien se alienta a los adolescentes a que se comuniquen con sus padres, pueden recibir servicios confidenciales de pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo, orientación y referidos para planificación familiar y orientación y referidos para el abuso de sustancias. Entiendo que mi adolescente puede elegir recibir servicios confidenciales. Entiendo que la información relacionada con las condiciones anteriores será compartida si el adolescente está de acuerdo o cuando exista un riesgo grave para la salud que requiera ser reportado por la ley estatal o federal.

**Servicio dental móvil *Smiles on the Move***

Marque aquí si desea que *Smiles on the Move* se ponga en contacto con usted.

**Liberación de información y autorización de pago**

- Autorizo la liberación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar mi reclamo. También autorizo el pago de beneficios médicos a UCFS por los servicios proporcionados.

**Autorización para el intercambio de información de salud y educación:**

- Por la presente autorizo a UCFS a intercambiar registros de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo/a con el propósito de proveer tratamiento a mi hijo/a.

**Consentimiento y reconocimiento de las prácticas de privacidad:**

- Consiento en el uso de la divulgación de mi información de salud protegida por parte de UCFS a cualquier persona u organización o con el propósito de realizar un tratamiento, obtener un pago o realizar ciertas operaciones de cuidado de la salud. La información de salud protegida utilizada o divulgada por UCFS puede incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica y otra información de salud mental, e información de tratamiento de drogas y alcohol siempre y cuando dicha información se utilice o divulgue de acuerdo con las leyes federales y de Connecticut, que pueden requerir que usted proporcione una autorización específica. Entiendo que la información sobre cómo UCFS usará y divulgará mi información se puede basar en el Aviso de Prácticas de Privacidad de UCFS. Entiendo que este consentimiento es efectivo mientras UCFS mantenga mi información de salud protegida.
- Reconozco que he recibido la Política de Derechos y Responsabilidades del Paciente de UCFS.
- Entiendo que mi hijo/a seguirá estando inscripto/a en el Centro de Salud Escolar de UCFS, siempre y cuando esté inscripto/a en una escuela con un Centro de Salud Escolar de UCFS.
- La información demográfica se actualizará anualmente y en cualquier momento tengo el derecho de optar por no participar en el Centro de Salud Escolar de UCFS enviando un correo electrónico a [sbhc@ucfs.org](mailto:sbhc@ucfs.org).

\_\_\_\_\_  
**Nombre en imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

\_\_\_\_\_  
**Firma del cliente, padre, madre, tutor legal  
Representante personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**