ID del cliente:_____

Iniciales del personal: _____

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

UCFS Healthcare
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

☐ Norwich Technical High School, 7 Mahan Drive, Norwich, CT
☐ Norwich Free Academy, 305 Broadway, Norwich, CT
☐ Montville High School, 800 Old Colchester Road, Oakdale, CT
☐ Tyl Middle School, 166 Chesterfield Road, Oakdale, CT
School-Based Health Center Line – 860-822-2803

☐ Norwich Public Schools
_____
☐ Waterford Public Schools
_____

Por favor indique que servicios le gustaría que su hijo recibiera:

☐ **Sí** ☐ **No** **Salud conductual** – evaluaciones de salud mental, cernimientos de abuso de sustancias, orientación (individual, grupal y familiar)

☐ **Sí** ☐ **No** **Médico** - exámenes físicos, cuidado preventivo, inmunizaciones, tratamiento de lesiones y enfermedades menores, salud reproductiva y educación de salud

☐ **Sí** ☐ **No** **Salud dental** – limpiezas de higiene dental, cuidado preventivo (en momentos específicos del año solo con cita)

☐ **Sí** ☐ **No** **Especialista en Participación Familiar**

¿Quién puede recibir los servicios? Solo los estudiantes que estén inscriptos 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

UCFS Healthcare
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

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

Responsable (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?
☐ $0-$9,999 ☐ $10,000-$19,999 ☐ $20,000-29,999
☐ $30,000-$39,000 ☐ $40,000-$49,000 ☐ 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 hijo/de la hija _____

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 niño/de la niña.

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

UCFS Healthcare
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

Información del seguro:

☐ **No tiene 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

UCFS Healthcare
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

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	☐	Sí	☐	No	Enfermedad/problemas cardíacos	☐	Sí	☐	No
Anemia	☐	Sí	☐	No	Hipertensión	☐	Sí	☐	No
Asma	☐	Sí	☐	No	Trastorno inmunitario	☐	Sí	☐	No
Defectos de nacimiento	☐	Sí	☐	No	Dificultades de aprendizaje/retrasos en el desarrollo	☐	Sí	☐	No
Bipolar	☐	Sí	☐	No	Enfermedad mental	☐	Sí	☐	No
Cáncer	☐	Sí	☐	No	Sobrepeso	☐	Sí	☐	No
Diabetes	☐	Sí	☐	No	Convulsiones	☐	Sí	☐	No
Problemas dentales	☐	Sí	☐	No	Problemas para dormir. ¿A qué edad su hijo/a durmió toda la noche? _____	☐	Sí	☐	No
Depresión	☐	Sí	☐	No	Abuso de sustancias (alcohol o drogas)	☐	Sí	☐	No
Eccema	☐	Sí	☐	No	Uso de tabaco	☐	Sí	☐	No
VIH/SIDA	☐	Sí	☐	No	Enfermedad tiroidea	☐	Sí	☐	No
Lesión en la cabeza	☐	Sí	☐	No	Tuberculosis	☐	Sí	☐	No
Problemas auditivos	☐	Sí	☐	No	Pérdida de peso	☐	Sí	☐	No
Presión sanguínea alta	☐	Sí	☐	No	Otras condiciones/inquietudes:				

¿Su hijo/a ha pasado la noche en un hospital?	☐ Sí	☐ No	Cuándo:	Por qué:
¿Si hijo/a ha tenido una cirugía?	☐ Sí	☐ No	Cuándo:	Por qué:
¿Su hijo/a ha estado en un accidente grave?	☐ Sí	☐ No	Cuándo:	Por qué:
¿Su hijo/a toma algún medicamento?	☐ Sí	☐ No	Nombre del medicamento:	
¿Su hijo/a toma alguna vitamina o suplemento?	☐ Sí	☐ No	Haga una lista:	
¿Es su hijo/a alérgico/a a algún medicamento?	☐ Sí	☐ No	Nombre del medicamento:	
¿Es su hijo/a alérgico/a a algún alimento o a otras cosas?	☐ Sí	☐ No	Nombre del alimento/de la otra cosa:	
¿Su hijo/a ha tenido varicela?	☐ Sí	☐ No	¿A qué edad?	
¿Está su hijo/a recibiendo algún tipo de orientación en este momento?	☐ Sí	☐ No	¿Dónde?	
¿Su hijo/a ha recibido orientación en el pasado?	☐ Sí	☐ No	¿Dónde?	

Si es mujer, la estudiante:

¿Está embarazada o posiblemente embarazada?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene problemas menstruales?	☐ Sí	☐ No

Para servicios dentales, el/la estudiante:

¿Tiene necesidades especiales de movilidad?	☐	Sí	☐	No	¿El/La estudiante tiene alguna necesidad que el higienista debería conocer antes de darle tratamiento?	☐	Sí	☐	No
¿Tiene experiencia viendo a un dentista?	☐	Sí	☐	No	¿Tiene encías que sangran al cepillarse o pasarse el hilo dental?	☐	Sí	☐	No
¿Requiere medicamentos previos antes del tratamiento dental?	☐	Sí	☐	No	¿Los dientes le han causado dolor?	☐	Sí	☐	No

ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Tiene alguien en la familia del niño/de la niña alguna de las siguientes condiciones? (madre, padre, hermano/a, abuelo/a)

					Familiar						Familiar
TDA/TDAH	☐	Sí	☐	No		Enfermedades cardíacas	☐	Sí	☐	No	
Anemia	☐	Sí	☐	No		Hipertensión	☐	Sí	☐	No	
Asma	☐	Sí	☐	No		Trastorno inmunitario	☐	Sí	☐	No	
Defectos de nacimiento	☐	Sí	☐	No		Dificultades del aprendizaje	☐	Sí	☐	No	
Bipolar	☐	Sí	☐	No		Sobrepeso	☐	Sí	☐	No	
Cáncer	☐	Sí	☐	No		Convulsiones	☐	Sí	☐	No	
Diabetes	☐	Sí	☐	No		Abuso de sustancias	☐	Sí	☐	No	
Problemas dentales	☐	Sí	☐	No		Uso de tabaco	☐	Sí	☐	No	
Depresión	☐	Sí	☐	No		Enfermedad tiroidea	☐	Sí	☐	No	
Eccema	☐	Sí	☐	No		Tuberculosis	☐	Sí	☐	No	
Lesión en la cabeza	☐	Sí	☐	No		Problemas menstruales	☐	Sí	☐	No	

ID del cliente:_____

Iniciales del personal: _____

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

UCFS Healthcare
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

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 adónde 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. UCFS ofrece servicios dentales preventivos en el ámbito escolar y en nuestros centros de salud escolares. Cada niño/a recibe una revisión, limpieza y tratamiento con flúor. Se realizan selladores y radiografías dentales según sea necesario.

☐ S ☐ N Doy permiso para que mi hijo/a reciba el tratamiento y los servicios que el personal de UCFS Healthcare considere necesarios, incluidos limpieza dental, tratamientos con flúor, revisión, selladores y radiografías.

☐ S ☐ N Entiendo que mi hijo/a recibirá todos los servicios dentales elegibles, incluidos los selladores.

☐ S ☐ N Certifico que la información de salud proporcionada es exacta a mi leal saber y entender.

☐ S ☐ N Acepto que se me dejen mensajes en el número de teléfono proporcionado en la sección Información del estudiante de este formulario.

☐ S ☐ N Entiendo que soy responsable de pagar por los servicios prestados si no tengo seguro. Los $40 incluyen revisión, limpieza, flúor y radiografías, los selladores son un cargo separado de $30 por diente.

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.

_____ _____

Nombre en imprenta **Relación**

_____ _____

Firma del cliente, padre, madre, tutor legal Representante personal **Fecha**

ID del cliente:_____
Iniciales del personal: _____

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

UCFS Healthcare
SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

Consentimiento para administración de inmunización contra la influenza (gripe)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____

Al firmar a continuación, autorizo a UCFS a administrar la vacuna contra la influenza de esta estación y he leído, o me han explicado, la hoja informativa sobre la vacuna contra la influenza. He tenido la posibilidad de hacer preguntas que me respondieron satisfactoriamente y entiendo los beneficios y los riesgos de la vacunación tal como se describen. Solicito que me administren (o le administren a mi hijo/a) la vacuna contra la influenza.

Firma de padre, madre o tutor_____

Sí___ No___ Me gustaría estar presente cuando le den la vacuna a mi hijo(a)

_____

Sí___ No___ ¿Es alérgico al huevo?

Sí___ No___ ¿Alguna vez ha tenido una reacción grave a una vacuna contra la influenza?

Sí___ No___ ¿Alguna vez ha tenido síndrome de Guillain-Barré?

Sitio de inyección_____ Lote N.º _____ Fecha de vencimiento _____

Fecha admin. _____ Administrada por: _____