



Formulario de Registro del Centro de Salud Escolar

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES
Apellido: _____	Apellido: _____
Primer nombre: _____	Primer nombre: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año	Relación con el estudiante: _____
Escuela: _____ Grade: _____	Teléfono de casa: _____
Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro	Teléfono del trabajo: _____
Raza/Etnia: ☐ Hispano ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Indio Americano ☐ Asiático/Isleños del Pacífico ☐ Otros	Celular: _____
Dirección: _____	Contacto de Emergencia Adicional
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____	Apellido: _____
Número de teléfono: _____	Primer nombre: _____
Dirección de correo electrónico: _____	Relación con el estudiante: _____
¿Será el SBHC el médico regular del estudiante? ☐ Sí ☐ No	Teléfono de casa: _____
Si no es así, ¿quién será el médico regular del estudiante?	Teléfono del trabajo: _____
Nombre: _____	Celular: _____
Teléfono: _____	
Dirección: _____	
Estado del seguro: ☐ Sin seguro ☐ Asegurado	
INFORMACIÓN DEL SEGURO	
PRIMARIO	SECUNDARIO
Nombre del seguro: _____	Nombre del seguro: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo _____	Número de póliza: _____ Número de grupo _____
Dirección del plan: _____	Dirección del plan: _____
Efectivo: _____ Número de teléfono: _____	Efectivo: _____ Número de teléfono: _____
Suscriptor: _____ Relación: _____	Suscriptor: _____ Relación: _____
Nombre del estudiante en el plan: _____	Nombre del estudiante en el plan: _____
SERVICIOS DE CENTROS DE SALUD ESCOLARES	
Acepto inscribir a mi hijo/a o a mí mismo/a para recibir los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar (SBHC, por sus siglas en inglés). Entiendo y acepto el formulario de consentimiento de Children's National que fue firmado y reconozco que los servicios pueden incluir exámenes físicos completos, tratamiento de problemas de salud crónicos y agudos, evaluaciones de salud, pruebas de laboratorio y diagnósticas, administración y/o prescripción de medicamentos, educación en salud, manejo de casos y/o referencias a especialistas, así como servicios de salud mental y servicios sociales, los cuales pueden brindarse de manera presencial o a través de telesalud.	



Formulario de Registro del Centro de Salud Escolar

Entiendo:

1. El personal de Children's National proporcionará servicios de manera presencial o a través de telesalud en el Centro de Salud Escolar (SBHC, por sus siglas en inglés).
2. Los tutores pueden asistir a las visitas no confidenciales en el SBHC. Sin embargo, si el tutor no puede estar presente en el momento de la visita, se le notificará cuando la visita esté programada y recibirá un resumen de la visita, a menos que los servicios sean considerados confidenciales según la ley de Maryland.
3. La ley de Maryland no requiere el consentimiento ni la notificación del tutor para los siguientes servicios proporcionados en el Centro de Salud: tratamiento o asesoramiento sobre abuso de drogas o alcohol, infecciones de transmisión sexual, embarazo, anticoncepción para menores de 18 años, o servicios de salud mental para menores de 12 años en adelante.
4. Todos los registros son confidenciales, se mantienen dentro del expediente médico de Children's National y son accesibles a través del portal del paciente.
5. Que información limitada sobre la admisión de mi hijo/a puede ser compartida con la enfermera escolar para la coordinación del cuidado y la continuidad del tratamiento.
6. Si hay un Proveedor de Atención Primaria registrado, este recibirá notificación de la visita.
7. Si mi hijo/a tiene seguro de salud, Children's National seguirá el proceso de facturación normal como se detalla en el consentimiento ambulatorio.
8. Si mi hijo/a no tiene seguro, solicitaré programas de asistencia médica, incluyendo, pero no limitado a, Medicaid. Si mi hijo/a no es elegible, acepto proporcionar información financiera a Children's National para determinar la elegibilidad para cargos reducidos o atención benéfica.
9. Cualquier estudiante inscrito en las Escuelas Públicas del Condado de Prince George será atendido sin importar su estatus de seguro.

Entiendo la descripción de los servicios y políticas del SBHC y doy permiso para que mi hijo/a se registre y reciba servicios en el SBHC. Entiendo que este permiso estará en vigor por un año calendario y puede ser retirado en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito.

Firma del Padre/Tutor (o del estudiante si tiene 18 años o más o si está autorizado por la ley)

Fecha

Para los servicios de consentimiento para menores detallados en el ítem #3

Firma del estudiante

Fecha

Firma del Testigo del Personal del SBHC

Fecha