

2022-2023 CENTRO DE SALUD ESCOLAR DE BRCHS: FORMULARIO DE REGISTRACIÓN ESTUDIANTIL Y CONSENTIMIENTO

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE		ESCUELA A LA CUAL ASISTIRÁ:		
Nombre (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		Fecha de Nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado Escolar/ Maestra
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático	Idioma Principal si no es el Inglés		
¿El estudiante tiene médico de cabecera u otro proveedor médico regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del proveedor médico o clínica:		¿El estudiante tiene dentista o asiste a un consultorio dental regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del Dentista o Consultorio Dental: Si no, ¿Por qué el niño(a) no tiene un dentista?		
INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL AUTORIZADO POR LAS CORTES				
Nombre		Fecha de nacimiento	Parentesco al estudiante	¿El estudiante vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal		
Número telefónico durante el día	Número telefónico del trabajo y la extensión.	Otro número de teléfono (celular)	Correo Electrónico	
¿Podemos mandar un mensaje de texto a este número?		¿Podemos mandar un mensaje de texto a este número?		
Contacto en caso de emergencia/Parentesco al estudiante		Número de teléfono	Otro número de teléfono (celular)	
HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE				
Alergias a medicamentos:		Reacción:		
Alguna otra alergia:		Reacción:		
Medicamentos tomados diarios	Razón por la cual los toma	¿Por cuánto tiempo ha tomado estos medicamentos?	Farmacia Preferida:	
Condiciones Médicas Crónicas: (Marque todas las que le apliquen)				
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención (ADD/ADHD) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Autismo / Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Alguna Otra Condición Médica: _____				
¿Su hijo alguna vez ha tenido la varicela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo? / /				
¿Ha habido algún cambio en la salud de su hijo durante este último año? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique.				
¿Ha tenido su hijo un examen físico completo recientemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo? / /				
Si no, ¿desea que su hijo reciba un examen físico completo en nuestro Centro de Salud Escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso que si, por favor firme la declaración debajo: Doy permiso para que me hijo reciba un examen físico completo en el Centro de Salud Escolar. – firma: _____				
Quisiera estar presente para el examen de mi hijo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Le contactaremos antes y después de la cita.				
Durante este último año, ¿ha tenido que ir su hijo a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo y por qué?				
¿Alguna vez ha tenido que estar hospitalizado o ha tenido alguna cirugía/operación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuándo y por qué?				
¿Cuándo fue el último examen dental de su hijo? / / ¿Tiene alguna preocupación dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Explique:				
¿Alguna vez se ha lastimado su hijo seriamente debido a algún deporte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Anote la edad y describa la lesión:				
Si su niño recibe un Físico para Deportes en el Centro de Salud Escolar, ¿da usted consentimiento para darle una copia del físico a la escuela para poder participar en algún deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Hay alguna otra cosa que le gustaría que el centro de salud tenga en cuenta en cuanto a su hijo?				
INFORMACIÓN DEL HOGAR				
Favor de anotar las personas que viven en su hogar y sus edades: Por ejemplo, Padre (40), Madrastra (40), Hermanas (6&8), Tío (50), etc.				
¿Alguien en el hogar fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
HISTORIAL MÉDICO				
FAMILIAR				
¿Alguien en la familia inmediata del niño tiene algún problema médico? (Diabetes, Alta Presión Arterial, Asma, etc.)				
Miembro Familiar:	Edad	Problema Medico		

Por favor vea el otro lado – el reverso también tiene que ser llenado

AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Disponble si lo solicita y en nuestro sitio web www.brchs.com, usted encontrara un **Aviso de Practicas de Privacidad** que detalla la forma en como mantenemos confidencialmente el expediente médico de su hijo(a), y los derechos que usted tiene para acceder a este registro médico. Además, encontrara una forma enlistando los Derechos y Responsabilidades del Estudiante y Padre. Se nos requiere por Ley Federal proporcionarle esta información y le pedimos que **lea el Aviso de Practicas de Privacidad y sus Derechos y Responsabilidades para ambos usted y su hijo(a)**. Por favor llame al (828) 692-4289 y hable con el Director de Privacidad de BRH si tiene alguna pregunta. Gracias por su cooperación en nuestro esfuerzo por cumplir esta ley.

Información del Seguro Médico*

Favor de mandar una copia de su tarjeta del seguro médico con este formulario o la tarjeta original (le sacaremos una copia y se la devolveremos)

¿Tiene el estudiante Medicaid o NC Health Choice?
 Sí No Está Pendiente

¿Le gustaría recibir información acerca de Medicaid o NC Health Choice?
 Sí No

Número de ID de Medicaid o NC Health Choice:

¿Tiene usted algún otro niño que tenga Medicaid o NC Health Choice?
 Sí No

¿Lugar de nacimiento del niño(a)? Estado: _____ País: _____

¿Tiene seguro médico el estudiante?
 Sí No

¿Gustaría información acerca de cómo conseguir seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos?
 Sí No

(Si NO tiene, favor de completar la siguiente información para calificar por el plan de descuentos)

Seguro Privado	Nombre del que tiene la póliza	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Estudiante
----------------	--------------------------------	---------------------	--------------------------

Dirección de la compañía de seguro médico (para poder reclamar los pagos- está en la parte de atrás de la tarjeta)	Núm. telefónico de la compañía de seguro
--	--

Núm. de ID (Núm. de la póliza)	Número del Grupo	Núm. de Seguro Social (para propósitos del seguro médico)
--------------------------------	------------------	---

Fecha en que la cobertura comenzó	¿Cuánto es su deducible o co-pago?
-----------------------------------	------------------------------------

Empleador/Patrón de la persona a cuyo nombre está la póliza	Dirección del empleador/trabajo
---	---------------------------------

¿Está usted empleado en Agricultura? Sí No

¿Qué tipo de posición tiene? Granjero Trabajador Emigrante (viaja para buscar trabajo) Trabajador agrícola de todo el año Trabajador agrícola de Temporada (vive aquí, pero trabaja en agricultura durante las temporadas de cosecha)

SOLICITANDO PARA EL PLAN DE DESCUENTOS DE BRH* Si- Me gustaría más información del programa de descuentos de BRH

Si su niño no tiene seguro médico en cualquier momento durante el año escolar o si su plan tiene un deducible alto, nos gustaría ayudarle a determinar si usted califica para tarifas con descuento el cual usa requisitos similares a los del programa federal de comida gratuita o a precio reducido. Si usted quiere aplicar a este programa por favor llene la aplicación incluida y devuélvala junto con el formulario de registraci3n. La aplicaci3n servir3 durante todo el a1o escolar.

- Yo doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba cualquiera de los servicios disponibles en el Centro de Salud Escolar de BRH. Los Centros de Salud Escolar de BRH proveen servicios médicos, dentales, de salud mental, nutrici3n, y trabajo social, a los estudiantes inscritos que han completado la registraci3n, incluyendo el consentimiento escrito y la firma del padre o tutor legal. El personal de los Centros de Salud Escolar de BRH les informara a los padres de ni1os menores de cualquier hallazgo significativo y recomendaciones de tratamiento de condiciones, con excepci3n de esas exentas por la ley estatal. Para su conveniencia y si lo solicita, algunos servicios se pueden ofrecer por medio de telemedicina.
- Yo autorizo la divulgaci3n de cualquier informaci3n medica pertinente a la salud general y cuidado de mi hijo(a) mientras esta en la escuela a su medico de cabecera, enfermera escolar, y los servicios de apoyo estudiantil. Yo autorizo la divulgaci3n de informaci3n por parte del medico de cabecera de mi hijo(a), enfermera escolar, y de los servicios de apoyo estudiantil al Centro de Salud Escolar de BRH para la coordinaci3n de su cuidado.
- Yo autorizo la divulgaci3n de cualquier informaci3n médica, incluyendo informaci3n de enfermedades contagiosas, dental, salud mental, e informaci3n nutricional, necesaria para procesar un reclamo por parte del seguro medico para beneficio de pago a los Centros de Salud Escolar de BRH.
- Yo autorizo pagos de beneficio del seguro medico por los servicios brindados en los Centros de Salud Escolar de BRH, por medio de Blue Ridge Community Health Services Inc.
- Yo comprendo que Blue Ridge Community Health Services (BRH) opera los Centros de Salud Escolar y debo contactarme con BRH para hacer arreglos especiales de pago si no me es posible pagar la factura completa.
- Yo comprendo que todos los registros de mi hijo(a) ser3n estrictamente confidenciales, y ser3n mantenidos cumpliendo las leyes estatales y federales, incluyendo HIPAA y FERPA y cualquier registro en papel ser3 mantenido en la instalaci3n del Centro Escolar de BRH. La informaci3n no es compartida con maestros, directores, u otros estudiantes.
- Yo aseguro que toda la informaci3n provista esta completa y correcta.

Favor de firmar la siguiente declaraci3n: **Al firmar esta forma, yo autorizo a mi hijo(a) a recibir todos los servicios disponibles del Centro de Salud Escolar. Yo comprendo que este consentimiento es voluntario y es valido por todo el tiempo que mi hijo(a) este inscrito en la escuela. Yo comprendo que puedo revocar mi consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Yo comprendo que es mi responsabilidad proveer informaci3n actualizada de la cobertura del seguro medico de mi hijo(a), incluyendo Medicaid y NC Health Choice. Yo comprendo tambi3n que soy responsable financieramente de todos los cargos y cualquier copago o deducible que el seguro medico no cubra. Adem3s, comprendo que soy responsable de comprender mi propio plan de seguro medico y si los servicios son cubiertos o requieren pre-autorizaci3n. Si los servicios requieren pre-autorizaci3n, yo comprendo que esta es mi responsabilidad.**

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____/_____/_____

No se le negarán a ningún estudiante servicios médicos debido a que su padre o tutor legal no pueda pagar.