



CENTRO DE SALUD ESCOLAR
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INSCRIPCIÓN

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de hoy: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nac.: _____ Sexo: Masc Fem

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Edo.: _____ C.P. _____

Teléfono: _____ Teléfono Alt.: _____

Etnicidad: Caucásico Hispano Afroamericano Otro

Idioma Principal: inglés español otro: _____

Escuela: _____ Año Escolar: _____ Maestro(a) _____

Responsable del Hogar: _____ Parentesco: _____

Nombre de la Madre/Tutor: _____ Parentesco: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nac.: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Parentesco: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nac.: _____

Estado Civil del Padre de Familia: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a)

Empleo de los Padres: Tiempo Completo Medio Tiempo Jubilado Desempleado

Información de seguro:

¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes tipos de cobertura de seguro? **Favor de marcar todo lo que aplique:**

Medicaid Sí No Seguro Médico Sí No

CHIP Sí No Seguro Dental Sí No

Farmacia de Preferencia: _____

Si el niño está recibiendo Medicaid, CHIP o no tiene seguro, favor de proporcionar la siguiente información:

Ingresos Anuales (Total) estimados: \$ _____ Número de personas en su hogar: _____



Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nac.: _____

Social, ¿Quién vive en el hogar?: Personas que viven en el hogar (favor de enumerar nombres y parentesco):

Hay fumadores en el hogar? Sí No Si la respuesta es "Sí", Adentro Afuera

Historial Médico del Niño

¿Es su hijo(a) alérgico(a) al látex? Sí No

¿Tiene su hijo(a) alergias a alimentos o medicamentos? Sí No Si contesta "Sí", especifique: _____

¿Hubo problemas en el embarazo de la madre con este niño? Sí No

Si contesta "Sí", especifique: _____

Nacimiento: Parto a término Prematuro Peso al Nacer: _____ Complicaciones del Parto: _____

Hospitalizaciones del Niño: Sí No Si contesta "Sí", diagnóstico y fechas: _____

Cirugías del Niño: Sí No Si contesta "Sí", tipos y fechas: _____

Problemas crónicos de salud del (de la) niño(a)

- | | | | | | |
|---------------------------|---|----------------------|---|-----------------|---|
| Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Piel | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Trauma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asma/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Síndrome Genético | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Urinario | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataques | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Infecciones del Oído | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dental | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Visual | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Audición | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De Desarrollo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alergias/Sinus | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ortopédico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Infecciosa | |
| Problemas de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | (huesos fracturados) | | | |

Otro: _____

Explique todas las respuestas que marcó: _____

Medicamentos Actuales: (Nombre/Dosis): _____



**CENTRO DE SALUD ESCOLAR
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INSCRIPCIÓN**

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nac.: _____

Historial Médico de la Familia (hermanos(as), padres, abuelos)

Enfermedad Cardíaca Sí No Asma Sí No Enfermedad Renal Sí No

Presión Arterial Elevada Sí No Ataques Sí No Diabetes Sí No

Problemas de Salud Mental Sí No

Cáncer Sí No Si contesta "Si," especifique: _____

Otro: _____

Por favor continúe en el otro lado de la página y llene el formulario.



CENTRO DE SALUD ESCOLAR
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INSCRIPCIÓN

Fecha de Hoy: _____ Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nac.: _____

Consentimiento para Tratamiento

Yo autorizo al Centro de Salud Escolar:

Sí No que proporcione servicios *médicos*.

Sí No que proporcione servicios *dentales*.

Sí No que proporcione servicios *sociales*, incluyendo consejería.

Consentimiento para sacar al niño de clase para la cita programada (se requiere consentimiento autorizado del padre).

Sí No para servicios *médicos*.

Sí No para servicios *dentales*.

Sí No para servicios *sociales*.

Sí No para servicios de *consejería*.

Consentimiento Autorizando Divulgación de Información

Yo autorizo a los proveedores de servicios del Centro de Salud Escolar a que divulguen información a:

Sí No el *programa de educación física/deportiva de la escuela* (únicamente el Formulario del Examen Físico para Deportes)

Sí No *Communities In Schools Inc.*

Yo certifico que la información que he dado es verídica y completa de acuerdo con mi mejor entendimiento.

Firma del Padre de Familia/Tutor: _____ Fecha de hoy: _____

Parentesco con el Paciente: _____

Este formulario de consentimiento tiene vigencia por un año a partir de la fecha de su firma.

Los formularios de consentimiento e historiales tienen que entregarse cada año escolar.