



CARING FOR THE WHOLE COMMUNITY

Formulario de inscripción en el Centro médico escolar (SBHC - School-Based Health Center) de GPH 2022-2023

Complételo y devuélvalo a la escuela

Nombre de la escuela: _____	Nivel de grado escolar: _____
Nombre del/la estudiante (Apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre): _____ (como figura en la tarjeta MaineCare, si corresponde)	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Género (haga círculo en uno): F M T Intersexual
Dirección: _____	Cód. postal: _____ Sin vivienda <input type="checkbox"/>
Teléfono del padre/la madre: _____ Acepta mensaje Sí/No Dirección de correo electrónico para Telehealth _____	

Nombre del seguro _____ Póliza N.º _____	¿No tiene seguro?: SÍ / NO Si no tiene seguro, uno de nuestros consejeros de asistencia financiera se pondrá en contacto con usted <u>para hablar sobre seguros</u> y las opciones de nuestra escala móvil y tarifas.
Grupo N.º _____ Dirección para reclamaciones _____	
Nombre del garante/padre/madre: _____	
Teléfono N.º: _____	
Número de identificación de MaineCare (termina en A) _____	

Información de salud: Médico primario/proveedor de atención médica: _____ Mi hijo(a) tuvo un examen físico en los dos últimos años. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Mi hijo(a) necesitará vacunas este año. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro ¿Su hijo(a) tiene asma? <input type="checkbox"/> Sí/No ¿Tiene un plan escrito para tratar el asma en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí/No ¿Su hijo(a) tiene diabetes? <input type="checkbox"/> Sí/No ¿Tiene un plan escrito para tratar la diabetes en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí/No Otros problemas de salud física, dental o mental: _____	Historial de salud personal o familiar: Indique si en el historial familiar hay cualquiera de estas condiciones de salud: <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno inmunológico <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Tuberculosis
--	---

Raza del/la estudiante: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro, africano, afroamericano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio sudamericano/centroamericano/norteamericano, nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Multirracial
Origen étnico del/la estudiante: <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino

Ingreso total anual del grupo familiar: _____	Número total de familiares que viven en la vivienda: _____
Nombre del garante (persona responsable de las facturas de atención médica del/la niño(a)): _____	
Parentesco con el/la estudiante: _____	

Al firmar este formulario, reconozco y entiendo que:

- He recibido y leído la Carta de información del School-Based Health Center de Greater Portland Health ("GPH"), el cual explica qué es el School-Based Health Center de GPH y qué servicios y beneficios podría brindar a mi hijo(a).
- Los School-Based Health Centers de GPH son entidades separadas de la escuela y de la sala de enfermería escolar. Estos proveen evaluaciones de atención primaria y una gama de tratamientos de salud en un lugar de la escuela, en tanto que se comunican con otros proveedores de atención médica los cuales también pueden participar en la atención de mi hijo(a).
- Este consentimiento es válido por el tiempo que el/la estudiante esté inscrito en los siguientes sistemas escolares: Portland, Westbrook o South Portland, o a menos que yo lo/la retire antes por escrito.
- Se me requiere leer y firmar el Formulario de autorización para el uso y la divulgación de información médica relativo a la inscripción de mi hijo(a) en el School-Based Health Center de GPH.

He leído completamente este formulario y estoy de acuerdo con inscribir a mi hijo(a) en este momento en los School-Based Health Centers de GPH.

✉ Firma del padre/la madre/tutor: _____	Fecha: _____
Nombre en letra imprenta: _____	Parentesco: _____