

Foothill Community Health Center

Formulario de Inscripción para Programas de Bienestar y Salud para Estudiantes

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

PRIMER NOMBRE:	APELLIDO:	GRADO:
NOMBRE DE LA ESCUELA:	FECHA DE NACIMIENTO:	GENERO: masculino/femenino
RAZA (circule): Negro/Afroamericano Blanco Asiatico Hawaiano Nativo Indio Americano/Nativo de Alaska Mas de una raza Otra Isla del Pacifico Negarse a reportar Otro: _____		
Etnicidad (circule): Hispano o Latino No Hispano o Latino Negarse a reportar Otro: _____		

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

Nombre:	FDN:	Nombre:	FDN:
Domicilio:		Domicilio:	
Ciudad:	Codigo:	Ciudad:	Codigo:
Telefono del hogar:	Celular:	Telefono del hogar:	Celular:
Relacion al estudiante (circule): Madre Padre Guardian	Relacion al estudiante (circule): Madre Padre Guardian		
Lenguaje preferido (circule): Ingles Espanol Vietnames Otro _____			

INFORMACION DE ASEGURANZA

Tiene aseguranza su hijo/hija? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre de la aseguranza	Numero de Poliza:
* Si NO, esta interesado/a en inscribir a su hijo/hija en un programa de salud publico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Ingresos anuales del hogar: <input type="checkbox"/> \$0 - \$15,856 <input type="checkbox"/> \$15,857 - \$21,404 <input type="checkbox"/> \$21,405 - \$26,951 <input type="checkbox"/> \$26,952 - \$32,499 <input type="checkbox"/> \$32,500 - \$38,047 <input type="checkbox"/> over \$38,047	Tamano de familia (# de personas en el hogar):

HEALTH ALERTS

Está su hijo en tratamiento por algún problema de salud?Por favor explique:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Su hijo/hija tiene algun alergia a comida, medicamentos o vacunas?Por favor explique:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Su hijo/hija ha tenido convulsiones, problemas del sistema nervioso o antecedentes de sindrome Guillain Barre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Su hijo/hija ha tenido alguna reaccion grave despues de recibir vacunas en el pasado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cuándo fue el último examen médico de su hijo?	Nombre de doctor y # de Tel	
¿Cuándo fue el último examen dental de su hijo?	Nombre del dentista y # de Tel	

CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO

Yo / Nosotros hemos leído y entendido los servicios ofrecidos en Foothill Community Health Center como descrito abajo.
Yo / Nosotros entendemos además que los servicios autorizados por mi / nuestra firma en este formulario son y no limitado a:

* Exámenes físicos deportivos y/o Exámenes anuales (CHDP)	* Inmunizaciones (Todas las vacunas escolares requeridos,
* Servicios de optometría y referencias	* Pruebas del tuberculosis
* Diagnóstico y tratamiento de enfermedades menores y primeros auxilios	* Revisiones dentales y Tratamiento
	* Consejería de salud mental

• Yo / Nosotros entendemos que mi hijo / a **NO será** cabrado directamente por los servicios proporcionados por FCHC basados en el

• Yo / Nosotros entendemos si mi hijo / a no está asegurado y / o tiene cobertura de salud limitada, FCHC **ofrecerá asistencia gratuita** para la cobertura de salud. Si rechazo la solicitud de asistencia de cobertura de salud, yo / nosotros podremos ser financieramente responsables

• Yo / Nosotros entendemos que este consentimiento cubre solamente los servicios proporcionados por los proveedores y los servicios de FCHC **SIN-COSTO** para los **estudiantes elegibles** matriculados en el SHWP.

• Yo / Nosotros entendemos cuenta de que el personal de la FCHC coordinará y remitirá las necesidades de atención médica continua de mi hijo a su proveedor de atención primaria para asegurar la continuidad de la atención.

• Yo / Nosotros entendemos que este formulario de consentimiento permanece en efecto hasta que la inscripción de mi hijo en la escuela termina, o hasta que sea revocada por escrito.

Este estudiante tiene mi / nuestro permiso para recibir todos los servicios prestados por el Centro de Salud Foothill Comunidad

EXCEPTO los que he excluido específicamente de la siguiente manera : _____

Imprimir el nombre del Padre o Guardian:

Firma del Padre o Guardian:

Fecha:



Foothill Community Health Center

2880 Story Road, San Jose, CA 95127

Phone (408) 729-9700

FORMULARIO DE AUTORIZACION MÉDICA

(Medical Release Form)

Registros médicos se mantendrán confidenciales. Sin embargo, yo/nosotros reconocemos que los servicios para la condición de mi hijo/hija pueda requerir la colaboración de otras agencias e proveedores. Yo/nosotros entendemos que esta colaboración puede requerir la divulgación de información sobre mi/nuestro hijo/hija a uno o más proveedores de servicio para poder facilitar coordinación de servicios para mi/nuestro hijo/hija. Yo/nosotros reconocemos que Foothill Community Health Center puede ser requerido liberar información con respecto al tratamiento de mi hijo/hija a terceros pagadores, como Medi-Cal, por el propósito de facturación.

Adicionalmente, los registros pueden ser divulgados por cualquier motivo, de acuerdo con la practica medica aceptable o según la ley, incluyendo pero no limitado a los siguientes motivos: (1) Si un estudiante expresa hacerse daño a sí mismo; (2) Si un estudiante expresa hacerle daño a otra persona; (3) Si un estudiante reclama que alguna persona está abusando de él/ella, físicamente, sexualmente, o emocionalmente.

Por la presente, autorizo al personal del Centro de Salud Basada Escolar y el proveedor, hacer intercambio de información con respecto a mi hijo/hija con fines de evaluación y tratamiento médico. Entiendo que este consentimiento no expirara hasta que yo lo revoque o mi hijo/hija/pupilo ya no este inscrito en una escuela servida por Foothill Community Health Center (Centro de Salud Basado Escolar).

Nombre del estudiante (Student's Full Name)

Nombre del Padre/Guardián Legal (Print Name of Parent/Guardian)

Firma del Padre/Guardián Legal (Signature Parent/Legal Guardian)

Fecha (Date)

Domicilio del Padre/Guardián Legal (Si es diferente a la del estudiante)

(Address of Parent/Legal Guardian)