

Nombre de la escuela: _____ El grado _____

Estimado Padre o Tutor: Nuestro Centro de Salud basado en la escuela se complace en brindar servicios médicos y de salud conductual en la escuela de su hijo/a durante el horario escolar. Complete este formulario y devuélvalo a la escuela con su hijo/a para inscribirse en el programa.

**Las ubicaciones de Hamden High School y Church Street Elementary School están en asociación con Quinnipiac Valley Health District*

Información del estudiante	Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____			
	Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		# Seguro Social _____	
	Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____		Correo electrónico _____	
	Sexo: ☐ M ☐ F			
	Idioma preferido hablado: _____ Idioma preferido escrito: _____			
	Necesita intérprete o adaptación especial para la comunicación: _____			
	¿Qué categoría o categorías describen mejor su raza?			
	☐ Negro/Afroamericano ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Indio asiático ☐ Filipino ☐ Oriente Medio o norte de África ☐ Nativo hawaiano ☐ Japonés ☐ Samoano ☐ Chino ☐ Guamaniano o Chamorro ☐ Blanco ☐ Mi raza no está en la lista ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Prefiere no compartir ☐ Isleño del Pacífico ☐ Asiático ☐ No sé			
	Etnia: ☐ Hispano o latino/a ☐ No hispano o latino/a ☐ Prefiere no responder ☐ No sé			
	Elija origen étnico* (ver adjunto): _____			
Información del padre/tutor	¿Tiene proveedor de atención primaria? En caso afirmativo, especifique: _____			
	Si no, ¿le gustaría ser referido al Departamento de Pediatría del Cornell Scott Hill Health Center? *Sí/No			
	*Un miembro de nuestro personal de CS-HHC se comunicará con usted.			
	Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____ Fecha de nacimiento _____			
	Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____		# Seguro Social _____	
	Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____		Correo electrónico _____	
Persona de contacto de emergencia _____		Número de emergencia _____		

Información de seguros	Seguro médico primario	Identificación de seguro/Medicaid #	Grupo #
	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular	Seguro Social del titular
	¿Su familia tiene seguro? Sí/No Si no, ¿le gustaría que lo remitieran al Departamento de Elegibilidad e Inscripción del Cornell Scott Hill Health Center? *Sí/No *Un miembro de nuestro personal de CS-HHC se pondrá en contacto con usted.		
Hogar/Familia inmediata	Como centro de salud comunitario, es importante conocer a la población que servimos para brindar la mejor atención posible. TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.		
	¿Su familia está actualmente sin hogar? Sí/No ¿Vive su familia en vivienda pública o Sección 8? Sí/No Residencia actual: ☐ Residencia privada ☐ Vive con otros ☐ Refugio ☐ Hotel/Motel ☐ Calle ☐ Transición ☐ Vivienda temporal ☐ Hogar grupal ☐ Desconocido		
	¿Es trabajador agrícola o migrante? ☐ Trabajador agrícola ☐ Trabajador migrante ☐ Ninguno ¿Estatus de veterano? Sí/No *Consulte el gráfico adjunto para lo siguiente: *Tamaño de la familia: _____ *Categoría de ingresos mensuales: Por favor, marque con un círculo (A / B / C / D o E)		

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRATAR

Doy permiso al estudiante mencionado anteriormente para que use los servicios proporcionados por el Centro de Salud basado en la Escuela CS-HHC (SBHC). Entiendo que esta autorización es válida siempre y cuando mi hijo/a esté inscrito en el Distrito Escolar Público de Hamden o hasta que revoque esta autorización.

Como padre/tutor de lo anterior, entiendo que puedo revocar el permiso en cualquier momento y por cualquier motivo y que puedo agregar o restar a los servicios que no quiero que reciba mi hijo/a informando a la SBHC por escrito que deseo retirar o cambiar mi permiso/instrucciones.

Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas sobre los servicios que mi hijo/a recibe o para los que puede ser elegible.

Además, doy permiso a CS-HHC para divulgar información sobre el tratamiento y / o los servicios a los proveedores de seguros anteriores con fines de facturación. Autorizo que los pagos se realicen directamente a la agencia que presta los servicios. También acepto recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de CS-HHC, al que se puede acceder directamente en el SBHC o desde nuestro sitio web:

<https://www.cornellscott.org/about/notices-policies-and-statements>.

Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que soy el tutor legal y custodio legal del estudiante mencionado anteriormente. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con cada uno de los párrafos anteriores y certifico que toda la información proporcionada es verdadera y completa. Entiendo que CS-HHC puede verificar la información en este formulario.

Firma _____ Fecha _____

Reconozco que todos los empleados de CS-HHC basado en la escuela, como subcontratistas de las Escuelas Públicas de Hamden, son "funcionarios escolares" bajo FERPA y deben manejar la información confidencial de los estudiantes en consecuencia. Los proveedores y médicos escolares de CS-HHC también deben cumplir con todos los requisitos de HIPAA.

Firma _____ Fecha _____

***Por favor, marque con un círculo el origen étnico:**

Indio Americano o Nativo Americano

Nativos de Alaska, Cherokee, Iroqués, Mashantucket Pequot, Mohegan, *antecedentes indios o nativos americanos que no se enumeran aquí*

Asiático

Indio asiático, Bangladesí, Butanés, Bruneiano, Birmano/Myanma, Camboyano, Chino, Filipino, Hmong, Indonesio, Japonés, Kazakhstani, Coreano, Kyrgyz, Laosiano, Malasio, Maldivos, Mongol, Nepalés, Pakistaní, Singapurense, Srilanqués, Taiwanés, Tajikistanis, Tailandés, Timorense, Turkmen, Uzbek, Vietnamita, *origen asiático no aparece aquí*

Negro, afroamericano o africano

Africano Americano, Angoleño, Botswanenses, Beninese, Bissau Guineano, Burkinabe, Burundiano, Camerunés, Cabo Verdean, Centroafricano, Chadian, Comorense, Congoleño, Djiboutiano, Equatoguinean, Eritreo, Etíope, Gabonés, Gambiano, Ghanés, Guineano, Marfileño, Keniano, Liberiano, Malgache, Malawi, Maliense, Mauritania, Mauricio, Mosotho, Mozambiqueño, Namibia, Nigeriano, Nigerien, Ruandés, Sao Tomean, Senegalés, Seychellois, Sierra Leonean, Somalí, Sudafricanos, Sursudaneses, Sudanés, Swazi, Tanzano, Togolés, Ugandés, Zambiano, Zimbabuenses, *origen negro o africano no aparece aquí*

Caribeño

Angileño, Antiguan and Barbudan, Aruban, Bahameño, Bajan o Barbadosense, Beliceño, Bermudeño, Isleño Virgen Británico, Caimán, Curaçaoan, Dominicano (Dominica),

Dominicano (DR), Granadino,

Guadalupeño, Guyanés, Haitiano, Jamaicano, Kittitian or Nevisian, Martinican, Montserratian, Santalucense, San Martín, Sint Maartener, Amerindio, Surinamés, Trinitense y tobagoniano, Turcos y Caicos isleños, Vicenciano, *antecedentes caribeños que no se enumeran aquí*

- Dominicano (DR). - Granadino
- Guadalupeño - Guyanés
- Haitiano - Jamaicano
- Kittitian or Nevisian
- Martinican
- Montserratian - Santalucense
- San Martín
- Sint Maartener
- Amerindio
- Surinamés - Trinitense y tobagoniano
-Turcos y Caicos isleños
- Vicenciano
-Antecedentes caribeños que no se enumeran aquí

Europeo

Albanés, Austriaco, Bielorruso, Belga, Bosnio, Búlgaro, Croata, Chipriota, Checo, Danés, Holandés, Inglés, Estonio, Finlandés, Francés, Alemán, Griego, Húngaro, Islandés, Irlandés, Italiano, Letones, Liechtensteiner, Lituano, Luxemburgués, Macedonio, Maltés, Moldavo, Monegasco, Montenegrin, Norirlandés, Noruego, Polaco, Portugués, Rumano, Ruso, Sammarinés, Escocés, Serbio, Eslovaco, Esloveno, Sueco, Suizo, Ucraniano, Galés, *antecedentes europeos no enumerados aquí*

Hispano, latino/a/e o español

Argentino, Boliviano, Brasileño, Chileno, Colombiano, Costarricense, Cubano, Dominicano (DR), Ecuatoriano, Guatemalteco, Hondureño, Mexicano, Mexicano Americano o Chicano/a, Nicaragüense, Panameño, Paraguayo, Peruano,

Puertorriqueño, Salvadoreño,

Español, Uruguayo, Venezolano, *origen hispano, latino/a/e o español no aparece aquí*

Oriente Medio o África del Norte

Argelino, Árabe, Armenio, Azerbaiyano, Bahraini, Egipcio, Emirato, Georgiano, Iraní, Iraquí, Israelí, Jordano, Kuwaití, Libanés, Libio, Marroquí, Omaní, Palestino, Qataris, Arabia Saudita o Saudita, Sudanés, Sirio, Tunecino, Turco, Yemenita, *antecedentes de Oriente Medio o África del Norte no se enumeran aquí*

Nativos hawaianos o isleños del Pacífico

Australiano, Isleña de Cook, Fiyiano, Polinesio Francés, Guamanian or Chamorro, Kiribatian, Marshallense, Micronesio, Hawaiano nativo, Nauruan, Nueva Caledonia - Melanesios, Canacos, Neozelandés, Kiwis, Niuean, Isleño de las Marianas del Norte, Palauano, Papúa Nueva Guinea, Samoano, Isleño de Salomón, Tokelauan, Tonganos, Tuvaluan, Vanuatuenses, Wallisian or Futunan, *antecedentes nativos de las islas del Pacífico que no se enumeran aquí*

North American

Estadounidense, Canadienses

GUÍA FEDERAL DE NIVEL DE POBREZA 2025

Tamaño de la familia	Categoría A 0-100%	Categoría B >100%-125%	Categoría C >125%-150%	Categoría D >150%-175%	Categoría E >175%-200%
1	\$0-\$15,650	\$15,651-\$19,562.50	\$19,562.51-\$23,475	\$23,476-\$27,387.50	\$27,387.51-\$31,300
2	\$0-\$21,150	\$21,151-\$26,437.50	\$26,437.51-\$31,725	\$31,726-\$37,012.50	\$37,012.51-\$42,300
3	\$0-\$26,650	\$26,651-\$33,312.50	\$33,312.51-\$39,975	\$39,976-\$46,637.50	\$46,637.51-\$53,300
4	\$0-\$32,150	\$32,151-\$40,187.50	\$40,187.51-\$48,225	\$48,226-\$56,262.50	\$56,262.51-\$64,300
5	\$0-\$37,650	\$37,651-\$47,062.50	\$47,062.51-\$56,475	\$56,476-\$65,887.50	\$65,887.51-\$75,300
6	\$0-\$43,150	\$43,151-\$53,937.50	\$53,937.51-\$64,725	\$64,726-\$75,512.50	\$75,512.51-\$86,300
7	\$0-\$48,650	\$48,651-\$60,812.50	\$60,812.51-\$72,975	\$72,976-\$85,137.50	\$85,137.51-\$97,300
8	\$0-\$54,150	\$54,151-\$67,687.50	\$67,687.51-\$81,225	\$81,226-\$94,762.50	\$94,762.51-\$108,300
Cada persona adicional agrega	\$5,500	\$6,875	\$8,250	\$9,625	\$11,000
					ACTUALIZADO 01/2025