

Centros de Salud Basados en la Escuela

El Centro de Aprendizaje Temprano del Dr. Reginald Mayo

Formulario de registro dental y consentimiento

School Name: _____

Grade: _____

Estimado padre o tutor: Nuestro Centro de salud basado en la escuela se complace en proporcionar servicios dentales en la escuela de su hijo/a durante el horario escolar. Por favor llene este formulario y devuélvalo a la escuela con su hijo/a para inscribirlo en el programa. Un higienista dental brindará estos servicios durante el horario escolar: exámenes dentales, profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor, instrucción de salud bucal/asesoramiento nutricional y selladores.

**El Centro de Aprendizaje Temprano del Dr. Reginald Mayo está en asociación con Head Start y la Junta de Educación de New Haven*

Información del Estudiante / Historia Médica

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
----------	--------	---------	---------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Codigo Postal.	Número de Seguro Social
-----------	--------	--------	----------------	-------------------------

Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico
------------------	------------------	--------------------

Sexo: ☐ H ☐ M

Idioma preferido hablado: _____ Idioma preferido Escrito: _____

Necesita un intérprete o alojamiento 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 África del Norte | ☐ Hawaiano nativo |
| ☐ Japonés | ☐ Samoano | ☐ Chino |
| ☐ Guamaniano o Chamorro | ☐ Blanco | ☐ Mi raza no está en la lista |
| ☐ Coreano | ☐ Vietnamita | ☐ Prefiere no compartir |
| ☐ Isleños del Pacífico | ☐ Asiático | |

La etnia: ☐ Hispano o latino/a ☐ No hispano o latino/a ☐ Prefiero no responder ☐ No sé

Elegir origen étnico * (Ver adjunto) _____

¿Tienes un dentista? Sí o No

En caso afirmativo, especifique por favor: _____

¿Tiene su hijo/a alguna condición médica? _____

¿Su hijo/a toma algún medicamento? _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia? _____

Por favor, círculo uno:

Afección cardíaca: Sí No

Condición convulsiva: Sí No

Trastorno hemorrágico: Sí No

La cirugía: Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explíquelo: _____

Información de padres/tutores	Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
	Número de Seguro Social			
	Teléfono de casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico
	Persona de contacto de emergencia	Número de emergencia		
Como centro de salud comunitario, es importante que conozcamos a la población a la que servimos para poder ofrecer la mejor atención posible. TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL ¿Su familia está experimentando actualmente la falta de vivienda: Sí/No ¿Vive su familia en Vivienda Pública o Sección 8: Sí/No Residencia actual: ☐ Residencia privada ☐ Duplicando/viviendo con otros ☐ El refugio ☐ Hotel/motel ☐ La calle ☐ De transición ☐ Vivienda temporal ☐ Grupo Casa ☐ Desconocido ¿Es usted un trabajador agrícola o un trabajador migrante? ☐ Trabajador agrícola ☐ Trabajador migrante ☐ Ninguno ¿Estatus de veterano? Sí/No *Por favor vea el gráfico adjunto para lo siguiente: *Tamaño de la familia: _____ *Categoría de ingresos mensuales (A/B/C/D/E)				
Información de seguros				
	Seguro dental primario	Identificación de seguro/identificación de Medicaid #	Número de grupo	
	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Número de Seguro Social del Titular de la Póliza	
	¿Su familia tiene seguro? Sí/No Si no, ¿le gustaría ser referido al Departamento de Elegibilidad e Inscripción de Cornell Scott Hill Health Center? *Sí/No *Un miembro de nuestro personal de CS-HHC se pondrá en contacto con usted.			

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRATAR

Doy permiso al estudiante mencionado anteriormente para utilizar los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar (SBHC) de CS-HHC. Entiendo que esta autorización es válida mientras mi hijo/a esté matriculado en el Centro de Aprendizaje Temprano del Dr. Reginald Mayo 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: _____

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

Indio Americano o Nativo Americano

- Nativos De Alaska
- Cheoqui. - Iroqués - Mashantucket Pequot
- Mohegan - *Americano*
Antecedentes indios o nativos americanos que no se enumeran aquí

Asiático

- Indio asiático - Bangladeshi
- Butanés - Bruneiano
- Birmano / Myanma
- Camboyano - Chino
- Filipino - Hmong
- Indonesio
- Japonés - Kazakhstani
- Coreano - Kyrgyz
- Laosiano - Malasio
- Maldivos - Mongol
- Nepaleses - Pakistani
- Singaporense
- Srilanqués - Taiwanés
- Tajikistanis - Tailandés
- Timorense - Turkmen
- Uzbek - Vietnamita
- *El origen asiático no aparece aquí*

Negro, afroamericano o africano

- Africano Americano
- Angoleño - Botswanenses
- Beninense - Bissau Guineano
- Burkinabe - Burundiano
- Camerunés - Cabo Verdean
- Centrafricano - Chadian
- Comorense - Congoleño
- Djiboutiano - Equatoguinean
- Eritreo - Etiópe - Gabonés. - Gambiano
- Ghanés - Guineano - Marfileño - Keniano
- Liberiano - Malgache - Malawi
- Maliense. - Mauritania - Mauricio
- Mosotho - Mozambiqueño
- Namibia. - Nigeriano - Nigérien - Ruandés
- Sao Tomean - Senegalés
- Seychellois - Sierra Leonean - Somalí - Sudafricanos
- Sursudaneses - Sudanés - Swazi - Tanzano
- Togolés - Ugandés - Zambiano. - Zimbabuenses
- *El 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*

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 - Paraguay
- Peruano. - Puertorriqueño - Salvadoreño
- Español - Uruguayo - Venezolano
- *Origen hispano o 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
- *Los 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