



Centros de Salud basados en escuelas públicas de West Haven

Formulario de registro y consentimiento

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.

Información del estudiante

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ #Seguro _____

Social _____

Número de teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Idioma preferido hablado: _____ Idioma preferido Escrito: _____

Necesita un intérprete o una adaptación especial para la comunicación: _____

¿Qué categoría o categorías describen mejor su carrera?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Negro/Afroamericano | ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska | ☐ Indio asiático |
| ☐ Filipino | ☐ Oriente Medio o norte de Africa | ☐ Nativo hawaiano |
| ☐ Japonés | ☐ Samoano | ☐ Chino |
| ☐ Guamaniano o Chamorro | ☐ Blanco | ☐ Mi raza no está en la lista |
| ☐ Coreano | ☐ Vietnamita | ☐ Prefiere no compartir |
| ☐ Isleños 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) _____

¿Tiene un 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

Información de seguros	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento
	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	#Seguro
	Social				
	Número de teléfono de casa		Teléfono celular		Correo electrónico
	Seguro médico primario		Identificación de seguro/identificación de Medicaid #		Numero 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
	¿Tu familia tiene seguro? Sí/No De lo contrario, ¿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 para nosotros conocer a la población a la que servimos para brindar la mejor atención posible. TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL				
	¿Su familia está actualmente sin hogar?: Sí/No ¿Su familia vive en viviendas públicas o en la Sección 8: Sí/No Residencia actual: ☐ Residencia privada ☐ Duplicar/vivir con otros ☐ El refugio ☐ Hotel/Motel ☐ Calle ☐ de Transición ☐ Vivienda temporal ☐ Inicio del grupo ☐ Desconocido ¿Es usted un trabajador agrícola o un trabajador migrante? ☐ Trabajador agrícola ☐ Trabajador Migrante ☐ Ninguno ¿Estatus de veterano? Sí/No *Consulte el gráfico adjunto para ver lo siguiente: *Tamaño de la familia: _____ *Categoría de ingresos mensuales (A/B/C/D/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 West Haven 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 West Haven, 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
 - 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
- Singapurense
- Srilanqués - Taiwanés
- Tajikistanis - Tailandés
- Timorenses - Turkmen
- Uzbek - Vietnamita

- *El origen asiático no aparece aquí*

Negro, afroamericano o africano

- Africano Americano
- Angoleño - Botswanese
- Beninense - Bissau Guineano
- Burkinabe - Burundiano
- Camerunés - Cabo Verdeano
- Centroafricano - Chadian
- Comorense - Congoleño
- Djiboutiano - Equatoguineano
- Eritreo - Etíope - Gabonés. - Gambiano
- Ghanés - Guineano - Marfileño - Keniano
- Liberiano - Malgache - Malawi
- Maliense. - Mauritania - Mauricio
- Mosotho - Mozambiqueño
- Namibia. - Nigeriano - Nigérien - Ruandés
- Sao Tomeano - Senegalés
- Seychellois - Sierra Leoneano - Somalí - Sudafricanos
- Sursudaneses - Sudanes - Swazi - Tanzano
- Togolés - Ugandés - Zambiano. - Zimbabuenses
- *El origen negro o africano no aparece aquí*

Caribeño

- Angileño - Antigua and Barbuda
- Aruban - Bahameño
- Bajan o Barbadiano - Beliceño
- Bermudeño - Isleño Virgen Británico
- Caimán - Curaçaoano - Dominicano (Dominica)
- Dominicano (DR). - Granadino
- Guadalupeño - Guayanés
- 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

Reviewed 5.28.25

- 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 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 - Sudanes - 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
- Marshallese - 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

		50		50	
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