

STUDENT'S INSURANCE INFORMATION

INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Estudiante: _____
Dirección del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Seguro Social del Asegurado: _____
Nombre de la Compañía de Seguro: _____ No. Tel. de la Compañía de Seguro: _____
No. de Póliza: _____ No. de Grupo: _____ No. de Plan: _____

Información de Medicaid/HUSKY

No. de Medicaid del niño _____ Fecha de vigencia: _____

INFORMACION DEL SEGURO DENTAL

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Estudiante: _____
Dirección del Asegurado: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Seguro Social del Asegurado: _____
Nombre de la Compañía de Seguro: _____ No. Tel. de la Compañía de Seguro: _____
No. de Póliza: _____ No. de Grupo: _____ No. de Plan: _____

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

1. Problemas crónicos (asma, diabetes, TDAH, salud mental, etc.): _____
2. ¿Toma su hijo algún medicamento a diario o con frecuencia? ☐ Sí ☐ No Explique: _____
3. ¿Es su hijo alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a algún medicamento? Sí ☐ No Explique: _____
4. ¿Otras alergias o reacciones? (Incluya alergias a alimentos, insectos, animales, etc.) Enumere: _____

SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR A DISPOSICIÓN DE LOS ALUMNOS

De 3 a 18 años

- Exámen físico escolar
- Tratamiento de asma, anemia, acné y otros problemas de salud
- Asesoramiento sobre nutrición y peso
- Referido para atención especializada
- Vacunas
- Asesoramiento individual y de grupo sobre salud mental
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades/lesiones leves
- Grupos de apoyo temáticos
- Educación/asesoramiento sobre el abuso de sustancias
- Intervención de crisis
- Telemedicina

De 12 a 18 años

- Educación, asesoramiento y pruebas sobre el VIH/SIDA y las ETS
- Prevención del VIH y las ETS (incluyendo la disponibilidad de preservativos)
- Pruebas de embarazo
- Salud reproductiva
- Servicios anticonceptivos

Las leyes de Connecticut y Federales permiten que un menor reciba atención y tratamiento sin el consentimiento de los padres para infecciones de transmisión sexual (ITS), abuso de sustancias, salud mental y salud reproductiva. Un menor puede recibir una prueba de VIH sin el consentimiento de sus padres.

Al firmar este consentimiento, entiendo y reconozco que he leído los materiales que se me han proporcionado con respecto a los servicios del Centro de Salud Escolar y doy permiso al estudiante nombrado arriba para usar los servicios proporcionados por el Centro de Salud Escolar mientras el estudiante esté inscrito en las Escuelas Públicas de Branford. Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento presentando una notificación por escrito del retiro de mi consentimiento. Reconozco que el Aviso de Prácticas de Privacidad del FHCHC está publicado en www.fhchc.org. Autorizo a FHCHC a intercambiar registros de salud y educación con el distrito escolar de mi hijo con el fin de proporcionar atención y tratamiento a mi hijo, de conformidad con las leyes estatales y federales. Autorizo a FHCHC a divulgar información relacionada con el tratamiento y/o los servicios a mi(s) proveedor(es) de seguros o al de mi hijo con el fin de facturar. Autorizo que los pagos se hagan directamente a Fair Haven Community Health Clinic, Inc. por los servicios prestados.

***Tenga en cuenta: Si usted no tiene seguro en el momento de firmar este consentimiento, pero lo obtiene más tarde, vamos a facturar a su compañía de seguros por servicios prestados utilizando su firma a continuación como autorización para facturar.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Relación con el Estudiante