

**Centro de Bienestar de la Escuela Central de Sussex Formulario de  
Registro del Paciente \*Si el Cuadra no te Applica, pon N/A**

Información del Paciente					Por Favor Imprima				
Fecha de hoy:			Proveedor de Athenian Primaria:						
Apellido del Paciente:		Primera:		Medio:		Hombre		Hembra	
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Raza (por favor marquen todo lo que apliquen): Caucásico/Blanco Mereno/Africano Americano Ssiático/Nativo Hawaiano/Otros Isleños del Pacífico Indio Americano/Nativo de Alaska					Etnicidad (favor de circular): Hispano/Latino árabe no Hispano/latino/Árabe				
Dirección:					# Teléfono:				
Número de Seguro Social:				Fecha de Nacimiento:					
Información para Padres/Tutores Legales									
Nombre Legal Completo de la Madre:					Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		
Dirección:					# Teléfono de Casa:				
Nombre y Dirección del Empleador:					# Número de Teléfono del Empleador:				
Nombre Legal Completo del Padre:					Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		
Dirección:					# Teléfono de Casa:				
Nombre y Dirección del Empleador:					# Número de Teléfono del Empleador:				
Nombre del Guardián legal (si no es su Madre o Padre):					Número de Seguro Social:		Fecha de Nacimiento:		
Dirección:					# Teléfono de Casa:				
Nombre y Dirección del Empleador:					# Número de Teléfono del Empleador:				
Información del Seguro									
# Medicaid:				Nombre del plan de salud de Medicaid:					
¿Medicaid es su único Seguro? Sí      No		Si Medicaid no es su único Seguro, o no tiene Medicaid, por favor Enumere su Información a continuación.							
Nombre del Seguro Primario:						Nombre del Suscriptor:			
# Grupo:		Suscriptor DOB:			# Política:				
Relación del Paciente con el Suscriptor		Auto <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>				
Nombre del Seguro Secundario:					Nombre del Suscriptor:				
# Grupo:		Suscriptor DOB:			# Política:				
Relación del Paciente con el Suscriptor		Auto <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Niño <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>				
En caso de Contacto de Emergencia:			Relación con el Paciente:		# Teléfono:				
¿está el Paciente Empleado? Sí      No		Ingreso Anual del Paciente		Ingreso Anual del Hogar:		# de Familiares en el Hogar:			
Firma del Padre/Guardián Legal						Fecha:			

**CENTRO DE BIENESTAR BASADO EN LA ESCUELA  
CONSENTIMIENTO DEL PADRE / ESTUDIANTE PARA EL TRATAMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_  
(Padre/Tutor legal del Estudiante) (Nombre del Estudiante)

para recibir servicios de salud en el Centro de Bienestar de la Escuela Secundaria de Sussex administrado by: Beebe Medical Center número de teléfono (302) 934-5962.

**MENÚ DE SERVICIOS**

**SALUD FÍSICA**

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores con derivación para el tratamiento de enfermedades crónicas y lesiones graves (puede incluir un análisis de orina, cultivo de garganta, exámenes de sangre limitados, administración de medicamentos sin receta y / o suministro de medicamentos recetados)
- Exámenes físicos, incluidos exámenes físicos de deportes / empleo
- Vacunas de acuerdo con la División de Salud Pública
- Coordinación de servicios con el Proveedor de Atención Primaria de Salud del alumno
- Referencia de un estudiante que no tiene un proveedor de atención primaria a un médico
- Servicios de Nutrición y referencias

**ASESORAMIENTO**

- Asesoramiento Individual
- Asesoramiento Grupal
- Asesoramiento Familia
- Asesoramiento y referencias sobre abuso de drogas, alcohol y otras sustancias
- Referencias para asesoramiento a largo plazo u otras evaluaciones

**EDUCACIÓN**

- Programas individuales y grupales concentrándose en opciones de vida saludable

**SERVICIOS CONFIDENCIALES**

Los siguientes servicios confidenciales son ofrecidos por esta escuela. Si acepta que su hijo reciba servicios en el Centro de Bienestar, entonces de acuerdo con la Ley de Delaware (Título 13 §710) su hijo puede recibir servicios confidenciales sin su consentimiento. No tiene derecho a la información sobre estos servicios a menos que su hijo le dé permiso al Centro de Bienestar para compartir esa información.

- Prueba de embarazo
- Diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual
- Asesoramiento y pruebas del VIH
- Anticonceptivos

**EL CENTRO DE BIENESTAR NO PROPORCIONA LOS SIGUIENTES SERVICIOS**

- Tratamiento o prueba de afecciones médicas o psiquiátricas complejas
- Tratamiento primario en curso de enfermedades médicas crónicas
- Pruebas de laboratorio complejas
- Hospitalización
- Rayos X

Con mi firma abajo, acepto, como padre o guardián legal del estudiante mencionado anteriormente, que él / ella puede recibir los servicios en el Centro de Bienestar Escolar (**el "Centro de Bienestar"**). Entiendo que el Centro de Bienestar brinda atención médica para enfermedades menores, servicios de salud mental y educación para la

Este Centro de Bienestar ofrece un servicio confidencial. Entiendo que si doy mi consentimiento para que mi hijo / hija reciba servicios en el servicio de El Centro de Bienestar, entonces, por ley estatal, también entiendo que:

- No tengo derecho a información sobre servicios confidenciales proporcionados a mi hijo / a, a menos que mi hijo / a dé permiso al Centro de Bienestar para compartir esa información conmigo.
- De acuerdo con la ley estatal, el proveedor de atención médica puede, en el "ejercicio exclusivo de su discreción", proporcionar o retener información, teniendo en cuenta los intereses del menor.
- Mi hijo / hija puede consentir a servicios confidenciales sin mi permiso

Es la filosofía del Centro de Bienestar que los padres / tutores deben participar en la atención de sus hijos. Por lo tanto, el Centro de Bienestar fomenta fuertemente la comunicación y la participación entre los estudiantes, padres y proveedores médicos. Tengo derecho a saber sobre la atención médica que recibe mi hijo / a por todos los servicios que no se consideran confidenciales según la ley.

Los Centros de Bienestar escolar se financian a través de fondos estatales y el reembolso del seguro para los estudiantes que tienen seguro. Si mi hijo / hija tiene seguro, proporcionaré esta información al Centro de Bienestar. Entiendo que aunque el Centro de Bienestar no cobrará un copago o deducible, el Centro puede facturarle a mi seguro los servicios cubiertos. Entiendo que mi hijo / hija puede recibir servicios en el Centro de Bienestar independientemente de su capacidad de pago.

La División de Salud Pública (DPH) retiene la autoridad administrativa para los Centros de Bienestar Escolar. Los miembros designados del Equipo de bienestar están obligados por ley a divulgar información específica del paciente al DPH con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, vigilancia o discapacidad en Delaware y en los EE. UU. La información que se informará incluye: datos de laboratorio, nacimientos, muertes, reacciones adversas a los medicamentos, abuso o negligencia infantil y violencia doméstica. Se puede enviar otra información general al DPH para el seguimiento estadístico, pero esta información se des-identificará durante el análisis, lo que significa que se eliminará el nombre de mi hijo / hija. La información sobre los servicios se puede compartir con mi compañía de seguro de salud para mejorar la

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción con base en este consentimiento. Cualquier solicitud de revocación debe ser por escrito y enviada al Centro de Bienestar.

Mi hijo / hija y yo hemos leído este formulario cuidadosamente y entiendo que si tengo alguna pregunta, puedo llamar al coordinador del centro de bienestar para obtener más información antes de firmar esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el Nombre del Padre / Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir el Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal

**EL CENTRO DE BIENESTAR GOLDEN KNIGHTS**  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD**

Se necesita un historial de salud completo y preciso para que el personal brinde atención médica de alta calidad. No se proporcionarán servicios a menos que se complete este formulario.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Grado \_\_\_ Edad \_\_\_  
\_\_\_\_\_ Número de seguridad social \_\_\_\_\_

Códigos de carrera: (marque con un círculo el que corresponda)

I = Indio americano / Nativo de Alaska B = Negro / Afroamericano A = Asiático W = Blanco  
N = Hawaiano nativo / Otra isla del Pacífico O = Otro M = Mixto

Códigos de etnicidad: (marque con un círculo el código apropiado)

Hispanoamericano Indígena / Nativo de Alaska Hispano Negro / Afroamericano Hispano Asiático  
Hispano blanco hispano nativo hawaiano / isleño del pacífico

¿Quién vive en casa (padre, madre, hermana, hermano) y cuántos años tienen?

Persona	Edad	Persona	Edad
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Es la dirección que proporcionó anteriormente: Institución de refugio permanente inestable / temporal  
Familia de acogida de crianza temporal Otro

¿Estará su hijo / hija participando en el Programa Estatal de Almuerzos Escolares Subsidiados este año? Si no \_\_\_

¿Su hijo / hija está matriculado en cursos de educación especial? Si no \_\_\_

¿Alguno de los miembros de la familia (padres, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos) tiene alguno de los siguientes problemas o los han tenido en el pasado? En caso afirmativo, indique qué miembro (s) de la familia está próximo a una enfermedad apropiada:

_____ Presión arterial alta	_____ Diabetes (azúcar)	_____ Accidente cerebrovascular
_____ Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco	_____ Enfermedad tiroidea	_____ Asma
_____ Enfermedad renal	_____ Célula falciforme	_____ Tuberculosis
_____ Alto colesterol	_____ Enfermedad mental	_____ Cáncer _____

(Tipo o Sitio)

Marque (√) cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas que su adolescente tenga o haya tenido en el pasado.

Indique con P = Pasado o C = Actual

_____ Asma	_____ Anemia	_____ Cambios en la alimentación
_____ Desorden de tiroides	_____ Infecciones de oído	_____ Higiene personal
_____ Anemia falciforme	_____ Enfermedad renal	_____ Problemas menstruales
_____ Problemas de Corazón	_____ Colitis / problemas estomacales	_____ Aparece Retirada
_____ Ulceras	_____ Resfriados frecuentes	_____ Smokes \ Chews Tabaco
_____ Hacer hechizos	_____ Tuberculosis	_____ Ira frecuente
_____ Diabetes	_____ Hemofilia	_____ Suicidio inducido
_____ Lesión de cabeza/Dolores de cabeza	_____ Poca de pollo	_____ Cambiar en amigos
_____ Convulsiones	_____ Presión arterial alta	_____ Problema de sueño
_____ Paperas	_____ Artritis	_____ Comer el problema
_____ Mecesles	_____ Problemas de piel	_____ Droga \ Alcohol

**EL CENTRO DE BIENESTAR GOLDEN KNIGHTS**  
**FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD**

¿Cuándo fue el último refuerzo de tétanos de su hijo o hija? \_\_\_\_\_ ¿Refuerzo Incremento de sarampión (MMR)? \_\_\_\_\_ (Mes / Año) (Mes / Año)

¿Cuándo fue la Hepatitis B # 1 de su hijo \_\_\_\_\_ Hepatitis B # 2 \_\_\_\_\_ Hepatitis B # 3 \_\_\_\_\_  
(Mes / Año) (Mes / Año) (Mes / Año)

Por favor, enumere las ALERGIAS que su hijo o hija tiene \_\_\_\_\_

Indique cualquier MEDICAMENTO que tome su hijo o hija \_\_\_\_\_

¿Quién es el médico de atención primaria de su hijo? \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Número de teléfono

¿Última visita? \_\_\_\_\_

¿Quién es el dentista de tu adolescente? \_\_\_\_\_  
Nombre Dirección Número de teléfono

¿Cuándo fue su última visita? \_\_\_\_\_

Indique su farmacia preferida \_\_\_\_\_  
Nombre Ubicación Número de teléfono

Fecha del último examen físico del adolescente: \_\_\_\_\_

Madres solamente: ¿Tomó algún otro medicamento además de vitaminas o hierro cuando estaba embarazada de este hijo o hija?

Si es así, enumere \_\_\_\_\_

La información médica anterior es precisa y completa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor Legal Fecha