School Based Health Center Program

Offering: Medical Care, Dental Care, and Behavioral Health Counseling Services

www.Integratedhealthservices.org

Grade: _____
School: _____
Date: _____

PARENTAL/GUARDIAN PERMISSION FORM CONCERNING TREATMENT

This form concerns treatment your child can receive through the School Based Health Center (SBHC) operated by Integrated Health Services, Inc (IHS). IHS's services are described in the brochure "Your School Based Health Center". If your child is under 18 years of age, IHS cannot provide SBHC services until you have read the brochure, sign and date this permission form and the HIPPA form and return the forms to the SBHC at your child's respective school.

Student Information: Please Print

Student's Name: _____ Sex: ☐ Female ☐ Male
Last First Middle

Address: _____ City: _____ Zip Code: _____

Birth Date: _____ Home Phone: _____ Social Security No. _____

☐ Asian ☐ American Indian/Alaska Native ☐ Black/African American/Haitian

☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ☐ White ☐ Other: _____

Ethnicity: ☐ Hispanic/Latino ☐ Non-Hispanic/Non-Latino

Parent/Guardian Information:

Name: _____ Home #: _____ Cell Phone #: _____

Address: _____ Work #: _____

Relationship to student: ☐ Parent ☐ Guardian ☐ Other _____

Number of people living in household: _____ Combined yearly household income: $_____

Student Insurance Information: Please select all that applies

1. **Medicaid/Husky**: Childs Medicaid # _____

2. **Private Insurance Carrier Information:**
   Insurance Co. Name _____ Policy #: _____ Group #: _____
   Employee Name: _____ Employer Name: _____
   Employee DOB: _____ Relationship to Child: _____
3. **My Child <u>does not</u> have any insurance coverage:** _____ Please give reason: _____

DENTAL Insurance Information:

A) Insurance Company Name: _____ Policy #: _____
B) ☐ My Child Does Not Have Any Dental Insurance

Primary Source of Medical Care Information:

Primary Care Doctor Name: _____ Phone #: _____
Primary Pharmacy Name: _____ Phone #: _____
No Primary Care Doctor, Child Gets Medical Care From:
☐ School Based Health Center ☐ Hospital/Clinic ☐ Military Clinic ☐ Emergency Room
☐ Community Health Center ☐ Urgent Care Center ☐ No Regular Source ☐ Private Doctor

Student Name: _____ **DOB:** _____ **Grade:** _____

Student Medical History:

Current Medications: (*Please list all medications presently being taken including any over the counter meds*)

_____

Medication Allergies: _____ Other Allergies: _____

Age of First Menstrual Period: _____ Accidents: _____

Hospitalizations: _____ Surgeries: _____

Injuries: _____ Other Illnesses-Please Specify: _____

Overdoses/Poisonings: _____ _____

Please √ any problem the STUDENT has or had:

YES/ NO	YES/NO	YES/NO	YES/NO
___/___ Addiction to Drugs/Alcohol	___/___ Emotional Issues	___/___ High Blood Pressure	___/___ Rheumatic Fever
___/___ Allergies	___/___ Eye Problems- glasses	___/___ Joint Pain	___/___ Skin Problems
___/___ Anemia/Blood Disease	___/___ Diabetes	___/___ Kidney/Bladder Problems	___/___ STD's
___/___ Asthma	___/___ Dizziness/Fainting	___/___ Menstrual Problems	___/___ Swollen Glands
___/___ Back Pain	___/___ Frequent Headaches	___/___ Migraine Headaches	___/___ Urinary Infections
___/___ Broken Bones	___/___ Frequent Sore Throats	___/___ Mononucleosis	___/___ Vaginal Infections
___/___ Chicken Pox	___/___ Frequent Stomachaches	___/___ Pelvic Disease	___/___ Weight Problems
___/___ Ear Problems-Hearing	___/___ Heart Murmur	___/___ Pregnancy	Other: _____

Family History:

Has anyone in your FAMILY had any of the following? If yes please √ and give their relationship to student.

YES	Relationship	YES	Relationship	YES	Relationship
____ Arthritis	_____	____ Heart Disease	_____	____ Respiratory Disease	_____
____ Asthma	_____	____ High Blood Pressure	_____	____ Seizure Disorder	_____
____ Blood Disorder	_____	____ Kidney Disease	_____	____ Stroke	_____
____ Cancer	_____	____ Mental Illness	_____	____ Substance Abuse	_____
____ Diabetes	_____	____ Migraines	_____	____ Tuberculosis	_____
____ Female Problems	_____	____ Thyroid Disease	_____	____ Other	_____

I have read the brochure "Your School Based Health Center" which lists services provided by Integrated Health Services *SBHC program to children within the Goodwin University Magnet Schools. I give my child permission to receive any services offered by IHS at the SBHS. Services may be rendered face to face or using telehealth which may include video or phone calls. I am aware that this form will serve as permission throughout their transition from elementary to high school unless I submit a written request to terminate this agreement. I understand that student visits to the SBHC are confidential and information will be released by SBHC only in compliance with the law. I authorize IHS to exchange Health and Education records with my child's school district for the purpose of providing care and treatment. I give the SBHC permission to release information regarding treatment and/or services, including those related to Mental Health, HIV, and AIDS to my insurance providers for the sole purpose of billing. I hereby assign all my rights for payment to IHS, and authorize that insurance payments be made directly to Integrated Health Services, Inc. for services provided to my child at the SBHC.

_____ _____

Parent/Guardian Name (Please Print) Phone Number

_____ _____

Parent/Guardian Signature Date

School Based Health Center Program
Ofreciendo: Cuidado Medico, Cuidado Dental,
Servicios de Salud Mental y Consejería

Grado: _____
Escuela: _____
Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Este formulario se trata de servicios y tratamiento que su hijo/a pueda recibir a través del School Based Health Center (SBHC) (Centro de Salud Escolar) operado por Integrated Health Services (IHS). Los servicios de IHS se describen en el folleto "Su Centro de Salud Escolar." Si su hijo/a es menor de 18 años de edad, IHS no puede proveer los servicios de SBHC hasta que usted lea el folleto y firme este formulario de permiso junto con el formulario de HIPAA y devolverlos a SBHC en la escuela de su hijo/a.

Información del Estudiante: (Letra de molde por favor)

Nombre del Estudiante: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono #: _____ No. de Seguro Social _____

☐ Asiático ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Negro/Afroamericano/Haitiano

☐ Nativo de Hawái/Otro Isla Pacifico ☐ Blanco ☐ Otro: _____

Etnicidad: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano /No Latino

Información del Padre o Tutor Legal:

Nombre: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de trabajo: _____

Relación al estudiante: ☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Otro _____

Número de personas que viven en el hogar: _____ Ingreso familiar anual combinado: $_____

Información del Seguro Médico del Estudiante: (Por favor seleccione todas las que aplican)

1. **Medicaid/Husky**: No. de Medicaid: _____

Información del portador del seguro médico privado:

Nombre de la compañía de seguro _____ No. de Póliza: _____ No. De Grupo: _____

Nombre del empleado: _____ Nombre del empleador: _____

Fecha de nacimiento del empleado: _____ Relación con el estudiante: _____

3. **Mi hijo/a <u>no tiene</u> cobertura de salud médica:** _____ Por favor, dar la razón: _____

Información de Seguro Dental:

A) Nombre de la compañía de seguro: _____ No. de Póliza: _____

B) ☐ Mi hijo/a no tiene seguro dental

Información de la Fuente Principal de Cuidado Médica:

Nombre del médico de atención primaria: _____ Teléfono #: _____

Nombre del Farmacia: _____ Teléfono #: _____

No hay ningún médico de atención primaria, el niño recibe atención médica de:

☐ SBHC (Centro de Salud Escolar) ☐ Hospital/clínica ☐ Clínica Militar ☐ Sala de Emergencias
☐ Centro Comunitario de Salud ☐ Centro de Cuidado Urgente ☐ Ninguna Fuente Regular ☐ Médico Privado

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____

Historial Médico del Estudiante:

Medicamentos: (*Por favor anote todos los medicamentos que está tomando incluyendo medicamentos sin receta)*

_____

Alergias a Medicamento: _____ Otras Alergias: _____

Edad del primer periodo menstrual: _____ Accidentes: _____

Hospitalizaciones: _____ Cirugías: _____

Lesiones: _____ Otras Enfermedades - Por favor, especifique: _____

Sobredosis/Intoxicaciones: _____ _____

Por favor marque (√) cualquier problema que el ESTUDIANTE tiene o haya tenido:

SI/NO	SI/NO	SI/NO	SI/NO
___/___ Adición a las drogas/Alcohol	___/___ Problemas emocionales	___/___ Hipertensión	___/___ Fiebre reumática
___/___ Alergias	___/___ Problemas de la visión/gafas	___/___ Dolor en las articulaciones	___/___ Problemas de piel
___/___ Anemia/Enfermedad de la sangre	___/___ Diabetes	___/___ Problemas de la vejiga/riñón	___/___ Enfermedades venéreas
___/___ Asma	___/___ Mareos/Desmayos	___/___ Problemas menstruales	___/___ Glándulas inflamadas
___/___ Dolor de espalda	___/___ Frecuentes dolores de cabeza	___/___ Migrañas	___/___ Infecciones urinarias
___/___ Huesos rotos	___/___ Frecuentes dolores de garganta	___/___ Mononucleosis	___/___ Infecciones vaginales
___/___ Varicela	___/___ Frecuentes dolores de estómago	___/___ Enfermedad Pélvica	___/___ Problemas de peso
___/___ Problemas del oído/audición	___/___ Soplo cardiaco	___/___ Embarazo	Otro: _____

Historial Familiar:

¿Alguien en su familia ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? En caso afirmativo, marque (√) y ponga su relación con el estudiante.

Si	Relación	Si	Relación	Si	Relación
___ Artritis	_____	___ Cardiopatia	_____	___ Enfermedad respiratoria	_____
___ Asma	_____	___ Hipertensión	_____	___ Trastorno convulsivo	_____
___ Trastorno de la sangre	_____	___ Enfermedad renal	_____	___ Apoplejía	_____
___ Cáncer	_____	___ Enfermedad mental	_____	___ Abuso de sustancias	_____
___ Diabetes	_____	___ Migraña	_____	___ Tuberculosis	_____
___ Problemas femeninos	_____	___ Enfermedad tiroidea	_____	___ Otro	_____

He leído el folleto "Su Centro de Salud Escolar," el cual enumera los servicios prestados en el programa de School Based Health Center (SBHC) de Integrated Health Services para los niños dentro de las escuelas en la zona de East Hartford. Doy permiso a mi hijo/a para recibir cualquier servicio ofrecido por IHS en el programa de SBHC. Los servicios proveídos serán hecho en persona o por manera de telesalud que incluye llamadas telefónica o video llamadas. Yo entiendo que esta forma servirá como permiso durante su transición de la escuela primaria a la superior a menos que envíe una solicitud por escrito para dar por terminado este acuerdo. Entiendo que las visitas de los estudiantes a SBHC son confidenciales y la información se dará a conocer por SBHC sólo en el cumplimiento de la ley. Autorizo a IHS a intercambiar registros de Salud y Educación con el distrito escolar de mi hijo con el propósito de brindar cuidado y tratamiento. Doy permiso a SBHC a divulgar información sobre el tratamiento y/o servicios, incluso aquellos relacionados con la salud mental, el VIH y el SIDA a mis proveedores de seguros con el único propósito de la facturación. Por la presente cedo todos mis derechos de pago a IHS y autorizo a que los pagos de seguros se hagan directamente a Integrated Health Services, Inc. por los servicios proporcionados a mi hijo en el SBHC.

_____ _____

Padre/Tutor Legal (Letra de molde) Teléfono #

_____ _____

Firma del Padre/Tutor Legal Fecha