

REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Estudiante: _____
APELLIDO PRIMER I.M.

Domicilio: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de Casa: _____ **Teléfono Móvil:** _____ **Mensajes de Texto?** Sí No

Fecha de Nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Nivel de Grado:** _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Raza – Haga el favor de marcar una

- Asiático/Isleño del Pacífico Hispano Nativo Americano/Aleutiano/Nativo de Alaska
 Negro Blanco/No Hispano Otro

Información de Seguro Médico

¿Cuenta su hijo/a con un seguro médico? Sí No Inseguro

Nombre de la Persona con Seguro Médico: _____ FDN* de la persona con seguro: _____

*FDN = Fecha de Nacimiento

Compañía de Seguro: _____ #ID del Seguro: _____

Número de Grupo: _____

#Teléfono/Domicilio de la Compañía de Seguro: _____

Información de Salud del Estudiante (anexar los hojas necesarias)

¿Cuenta su hijo/a con un Médico de Cabecera? No Sí (nombre) _____

En caso negativo, ¿lo pudiéramos recomendar con alguno? Sí No

¿Ha visitado su hijo/a a su Médico de Cabecera durante el último año? Sí No

Cuando sea posible, los servicios de seguimiento se remiten al médico de cabecera del estudiante.

Medicamentos Actuales: _____

Alergias (si tiene alguna): _____

Enfermedad Crónica (pasada/presente): _____

Otro historial de salud importante: _____

¿Cuál farmacia usa Ud.? _____

Vacunas

Doy permiso para que este estudiante actualices, en lo apropiado, las vacunas recomendadas por el Estado de Washington desde nacimiento hasta los 12 años de edad. Estas incluyen: DTaP, Hepatitis A, Hepatitis B, HPV, Influenza, Meningococcal, MMR, TDap, y Varicela.

Sí No Haga el favor de notificarme antes de administrarle las vacunas

Información del Padre / Tutor



PO Box 1075, Walla Walla WA 99362 | 509-529-5661

Nombre: _____ #s de Teléfono: (C) _____ (T) _____ (M) _____

Nombre: _____ #s de Teléfono: (C) _____ (T) _____ (M) _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

COBROS: Se le pueden enviar los cobros al seguro medico por las vacunaciones & servicios proporcionados por El Centro de Salud (The Health Center). No se le negarán los servicios a un estudiante por su inhabilidad de pagar. Cualquier servicio proporcionado fuera del Centro de Salud, tal como el servicio de farmacia, radiología, o laboratorio, es responsabilidad del padre o tutor.

NUESTRAS OBLIGACIONES DE PRIVACIDAD SON: Por ley, El Centro de Salud tiene que mantener la privacidad de su información de salud. Se puede disponer de una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Estudiante (Notice of Privacy Practices and Student Rights & Responsibilities *en inglés*) al contactar El Centro de Salud.

Consentimiento del Padre:

He leído y comprendido la información antes mencionada en este formulario y autorizo a _____ para que reciba servicios de salud física y salud mental, incluyendo una evaluación de bienestar físico por parte de un Profesional Independiente Certificado de El Centro de Salud. Algunos medicamentos genéricos que pueden ser obtenidos sin receta tales como Tums, Tylenol, y Benadryl son disponibles en El Centro de Salud. Mi firma autoriza que profesionales médicos distribuyan estos medicamentos como sea necesario, sin tener que llamar primero para obtener un permiso. Comprendo que El Centro de Salud siempre apoya y fomenta la participación de los padres en las decisiones acerca del cuidado de salud de mi estudiante. Yo autorizo a El Centro de Salud, a la escuela de mi estudiante para que comparta información relacionada a la atención médica o de salud mental. Reconozco que una vez que El Centro de Salud haya recibido estos expedientes ya no pueden estar protegidos por el Acta de Privacidad y Derechos de Educación de las Familias (FERPA siglas en inglés), pero pueden estar protegidos por la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA siglas en inglés) y otras leyes federales y estatales. También autorizo la divulgación de cualquier información médica y mental de salud protegida, necesaria para procesar el reclamo de seguro y autorizar el pago por los beneficios médicos recibidos. Este formulario de consentimiento permanecerá en vigor durante 12 meses, hasta que una decisión por escrito de revocar el consentimiento se entregue a El Centro de Salud, o si el estudiante se retira de la escuela.

FIRME AQUÍ para que su estudiante pueda recibir servicios del Centro de Salud:

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____