

Formulario de inscripción del Centro del Bienestar (Tiger Wellness Center)

Los niños sanos aprenden mejor



El Tiger Wellness Center (TWC) es un centro de salud integrado adentro de la escuela preparatoria Grand Junction High School, el cual brinda acceso en la escuela a atención médica, de salud mental y de cuidado dental. Trabajamos con la enfermera de la escuela, el asistente de salud y con los consejeros para brindar atención de calidad. Los estudios muestran que los estudiantes que usan los centros de salud integrados faltan menos a la escuela. Los padres o tutores necesitan inscribir a su estudiante en los servicios del centro de salud integrado. El acceso del estudiante a este centro de salud puede ser eliminado en cualquier momento con una notificación por escrito. Los servicios están abiertos a todos los estudiantes y al personal de la escuela preparatoria Grand Junction High School.

Los estudiantes pueden asistir a las citas por sí mismos. Los estudiantes serán enviados a sus casas con un resumen de su visita de atención primaria de salud si así lo solicitan. Nuestro objetivo es alentar a los estudiantes a que sus familias se involucren en su cuidado de salud y trataremos de facilitar esto cuando sea posible.

La inscripción en el TWC puede permitir que su estudiante sea atendido y se le cobre por los siguientes servicios:

| | |
|---|---|
| Chequeo médico anual (puede incluir pruebas de laboratorio de rutina) | Una referencia a otros especialistas de la salud |
| Exámenes físicos deportivos | Prevención, educación y asesoramiento sobre el uso de sustancias |
| Atención de resfriados comunes, otras enfermedades y de lesiones | Servicios de salud de conducta para incluir visitas de asesoramiento individual |
| Recetas para enfermedades bacterianas y otros medicamentos | Educación sobre alimentación saludable y ejercicio |
| Ayuda en el cuidado de condiciones de salud crónicas | Educación y asesoramiento en materia de salud reproductiva |

Información de inscripción

Nombre del estudiante _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Grado actual _____ Número de Seguro Social del estudiante _____ Número de teléfono del estudiante _____

Nombre del padre/tutor _____ Apellido _____ Teléfono _____

Nombre del padre/tutor _____ Apellido _____ Teléfono _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

* A continuación escriba la dirección física en la que recibe el correo. Si usted NO tiene una dirección postal, marque esta casilla:

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección de correo electrónico del estudiante _____

¿Tiene su hijo o hija un proveedor de atención primaria de salud (marque uno): **SÍ** **NO** En caso afirmativo, quién: _____

| RAZA (ENCIERRE AL MENOS UNO) | IDIOMA PRINCIPAL (ENCIERRE AL MENOS UNO) | ORIENTACIÓN SEXUAL (ENCIERRE UNO) | ETNIA (ENCIERRE UNO) | IDENTIDAD DE GÉNERO (ENCIERRE UNO) | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| NEGRO O AFROAMERICANO | LENGUA DE SEÑAS AMERICANA | HETEROSEXUAL | ORIGEN HISPANO/LATINO | MASCULINO | |
| INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA | INGLÉS | BISEXUAL | ORIGEN NO HISPANO/NO LATINO | FEMENINO | |
| ASIÁTICO | FRANCÉS | LESBIANA | NO PROVISTO | GÉNERO QUEER/NO BINARIO | |
| BLANCO | POLACO | GAY | X | MUJER TRANSGÉNERO/ TRANSGÉNERO FEMENINA | |
| NATIVO HAWAIANO | OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO | RUSO | | ALGO MÁS | HOMBRE TRANSGÉNERO/ TRANSGÉNERO MASCULINO |
| NO PROVISTO | ESPAÑOL | NO LO SÉ | | OTRO | |
| | OTRO | ELIGE NO DIVULGAR | | ELIGE NO DIVULGAR | |
| | | | | | |

Consentimiento de vacuna

Ofrecemos vacunas para estudiantes y personal. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba las vacunas en el centro de salud integrado. El padre o tutor debe aprobar cada vacuna antes de ser dada y esto se puede hacer mediante consentimiento verbal por teléfono.

Firma (Requerida) _____ Fecha _____

Servicios Anticonceptivos

Los servicios anticonceptivos se brindan en el lugar solo para aquellos con el consentimiento de los padres o si la persona tiene 18 años o más. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba servicios anticonceptivos en el centro de salud integrado. El padre o tutor debe aprobar antes de que se le entregue. Esto se puede hacer a través del consentimiento verbal por teléfono. **Sí** _____ **No** _____

Firma (Requerida) _____ Fecha _____

Programa Sonrisas Saludables

El centro de salud integrado brinda atención dental. No habrá **ningún cargo (copago de \$0)** por los servicios mencionados en la lista de aquí abajo. Por favor marque en qué le gustaría que participara su hijo o hija.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba un examen de salud oral. _____ Sí _____ No
- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba la aplicación de barniz de fluoruro. _____ Sí _____ No

Los siguientes servicios están cubiertos por un seguro dental. Si usted no tiene seguro, los servicios mencionados aquí abajo solo costarán **\$20 para la visita**.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba una limpieza dental. _____ Sí _____ No
- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba radiografías dentales. _____ Sí _____ No

¿Cuándo fue la última visita de su hijo o hija al dentista?

_____ Hace de 0-6 meses _____ Hace de 6-12 meses _____ Hace más de un año _____ Nunca

¿Tiene su hijo o hija un hogar dental (por favor marque): **SÍ** **NO** En caso afirmativo, quién: _____

Arreglos Financieros

Los estudiantes y el personal pueden buscar ser atendidos en el Tiger Wellness Center. Le mandaremos la factura a su compañía de seguro como sea correspondiente. El costo máximo de bolsillo que pagará por visita es de \$20 y esto incluye:

- Examen médico anual (Chequeo de niño sano)
- Exámenes físicos deportivos
- Visitas de vacunación
- Todas las demás visitas médicas
- Visitas dentales
- Visitas de la salud de conducta (\$5)

| | |
|--|--|
| Por favor proporcione el tipo de seguro Médico y la identificación de miembro de su estudiante: | Por favor proporcione el tipo de seguro Dental y la identificación de miembro de su estudiante: |
| <input type="checkbox"/> Número de Medicaid _____ | <input type="checkbox"/> Número de CHP+ DentaQuest _____ |
| <input type="checkbox"/> Número de identificación de CHP+ _____ | <input type="checkbox"/> Tarjeta Marillac _____ |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta Marillac _____ | <input type="checkbox"/> Sin seguro (no tiene seguro) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sin seguro (no tiene seguro médico) _____ | <input type="checkbox"/> Nombre del seguro de salud privado _____ |
| <input type="checkbox"/> Nombre del seguro de salud privado _____ | Número de identificación _____ |
| Número de identificación _____ | Número de grupo _____ |
| Número de grupo _____ | Suscriptor asegurado _____ |
| Suscriptor asegurado _____ | Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____ |
| Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____ | |

He leído, entiendo y doy consentimiento a los servicios ofrecidos por el Tiger Wellness Center. Entiendo que la asistencia de mi hijo o hija, los registros de vacunas, la información básica y el horario escolar pueden compartirse entre la escuela y el personal del centro de salud integrado para brindar atención de calidad a mi hijo o hija.

Por la presente reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del centro de salud integrado. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible en el sitio web de MarillacHealth: <https://marillachealth.org/hipaapolicy/>.

Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) proporciona fondos para los servicios de salud que recibo en el centro de salud integrado. CDPHE está legalmente capacitado para recibir información sobre los servicios prestados a los pacientes. CDPHE recibe datos combinados para todos los pacientes, y **estos datos no identifican a ningún paciente individual o información de identificación del paciente.**

Autorizo a MarillacHealth/Tiger Wellness Center a facturar y a recibir el pago de parte de mi seguro y a proporcionar cualquier parte del registro médico de mi hijo o hija según sea necesario, para facturar y recibir el pago de los servicios de parte de mi compañía de seguros.

Yo/Nosotros estamos de acuerdo con los requisitos de inscripción de TWC _____ Sí _____ Iniciales

Firma: _____ Fecha: _____