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

WARRIOR WELLNESS CENTER AT CHS
MarillacHealth

Los niños sanos aprenden mejor

El Warrior Wellness Center (WWC) es un Centro de Salud Escolar (SBHC) adentro de la escuela preparatoria Central 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 escolares faltan menos a la escuela. Los padres o tutores necesitan inscribir a su estudiante en los servicios del Centro de Salud Escolar (SBHC). 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 Central 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 Centro de Salud Escolar WWC 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 sobre la planificación familiar

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		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

Telesalud

¿Está usted interesado o interesada en recibir atención para su hijo o hija a través de una videollamada (Telesalud)? _____ Sí _____ No

Consentimiento de vacuna

Ofrecemos vacunas para estudiantes y personal. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba las vacunas en el Centro de Salud Escolar. 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_____

Programa Sonrisas Saludables

El Centro de Salud Escolar brinda atención dental. No habrá ningún cargo 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
- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba selladores dentales. ____Sí ____No

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

- 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 Centro de Salud Escolar Warrior 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

Por favor proporcione el tipo de seguro **Médico** y la identificación de miembro de su estudiante:

___ Número de Medicaid _____

___ Número de identificación de CHP+_____

___ Tarjeta Marillac

___ Sin seguro (no tiene seguro médico)

___ Nombre del seguro de salud privado_____ Número de identificación _____

Número de grupo_____ Suscriptor asegurado _____

Fecha de nacimiento del suscriptor _____ Relación con el suscriptor_____

He leído, entiendo y doy consentimiento a los servicios ofrecidos por Warrior 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 Escolar 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 Escolar. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible en el sitio web de Marillac Health: 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 Escolar. 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 Warrior 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 SBHC _____SÍ _____Iniciales

Firma: _____ Fecha: _____