

¡Bienvenido al Warrior Wellness Center!

El Warrior Wellness Center (WWC) es un centro de salud integrado dentro de Central High School que brinda acceso en la escuela a atención médica, de salud conductual y dental. Trabajamos con la enfermera de la escuela, el asistente de salud y los consejeros para brindar atención de calidad. Los estudios muestran que los estudiantes que usan centros de salud integrados faltan menos a la escuela.

Los padres o tutores deben inscribir a su estudiante en los servicios integrados del centro de salud. El acceso de los estudiantes puede eliminarse en cualquier momento con un aviso por escrito. Los servicios están abiertos a todos los estudiantes y al personal de Central High School.

Los estudiantes pueden asistir a las citas por sí mismos. Los estudiantes serán enviados a casa con un resumen de su visita de atención primaria si así lo solicitan. Nuestro objetivo es alentar a los estudiantes a que su familia participe en su cuidado, y lo facilitaremos siempre que sea posible.

La inscripción en WWC puede permitir que su estudiante sea visto y facturado por los siguientes servicios:

Chequeo médico anual (puede incluir pruebas de laboratorio de rutina)	Derivación a otros especialistas de la salud
Exámenes físicos deportivos	Prevención, educación y asesoramiento sobre el uso de sustancias
Atención para resfriados comunes, otras enfermedades y lesiones	Servicios de salud conductual para incluir visitas de asesoramiento individual
Recetas para enfermedades bacterianas y otros medicamentos	Alimentación saludable y educación sobre el ejercicio
Asistencia en la atención de enfermedades crónicas	Educación y asesoramiento en salud reproductiva

Información de inscripción

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

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

Nombre completo del padre / tutor _____ Tel. _____ Relación con el estudiante _____

Nombre completo del padre / tutor _____ Tel. _____ Relación con el estudiante _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

A continuación, ingrese la dirección donde recibe el correo. Si no tiene una dirección postal, marque esta casilla:

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección de correo electrónico del estudiante _____

¿Su hijo tiene un proveedor de atención primaria? Sí No En caso afirmativo, quién: _____

<u>Raza</u>	Negro/afroamericano	Indio americano o nativo de Alaska	Asiático	Blanco	Nativo de Hawái	Otros isleños del Pacífico	No proporcionado
<u>Idioma principal</u>	Lenguaje de señas americano	Inglés	Francés	Polaco	Ruso	Español	Otro
<u>Orientación sexual</u>	Recto	Bisexual	Lesbiana	Gay	Algo más	No sé	Elija no divulgar
<u>Etnicidad</u>	Origen hispano/latino	No es de origen hispano/latino	No proporcionado				
<u>Identidad de género</u>	Masculino	Hembra	Genderqueer/No binario	Mujer transgénero/Mujer transgénero	Hombre transgénero / Hombre transgénero	Otro	Elija no divulgar

Consentimiento de vacunas

Ofrecemos vacunas para estudiantes y personal. Doy mi consentimiento para que mi estudiante reciba vacunas en el centro de salud integrado. El padre o tutor debe aprobar cada vacuna antes de administrarla. Esto se puede hacer mediante consentimiento verbal por teléfono. Sí No

Firma requerida _____ fecha _____

Consentimiento de 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 mediante consentimiento verbal por teléfono. Sí No

Firma requerida _____ fecha _____

Programa Sonrisas Saludables

Este centro de salud integrado brinda atención dental. No habrá **cargo (\$0 copia)** por los servicios que se enumeran a continuación. Marque en qué le gustaría que participara su hijo.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba un examen de salud bucal. Sí No
- Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba la aplicación de barniz de flúor. Sí No

Los servicios a continuación están cubiertos por un seguro médico. Si no tiene seguro, los servicios a continuación solo costarán **\$ 20 por la visita**.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba limpieza dental. Sí No
- Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba radiografías dentales. Sí No

¿Cuándo fue la última visita de su hijo a un dentista?

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

¿Su hijo tiene un dentista al que ve regularmente? Sí No En caso afirmativo, ¿quién _____

Arreglos financieros

Los estudiantes y el personal pueden buscar servicios en el Warrior Wellness Center. Facturaremos a su seguro si eso aplica. El costo máximo de bolsillo que pagará por visita es de \$ 20. Esto incluye:

- Examen médico anual (control de niño sano)
- Exámenes físicos deportivos
- Visitas de vacunación
- Todas las demás visitas médicas
- Visitas al dentista
- Visitas de salud conductual (\$5)

Proporcione el tipo de seguro médico de su estudiante / ID de miembro	Proporcione el tipo de seguro dental / identificación de miembro de su estudiante
<input type="checkbox"/> Medicaid # _____	<input type="checkbox"/> CHP+ DentaQuest # _____
<input type="checkbox"/> CHP+ # _____	<input type="checkbox"/> Tarjeta de escala de descuento de tarifa móvil PrimeHealth+
<input type="checkbox"/> Tarjeta de escala de descuento de tarifa móvil PrimeHealth+	<input type="checkbox"/> Sin seguro (el estudiante no tiene seguro dental)
<input type="checkbox"/> Sin seguro (el estudiante no tiene seguro médico)	<input type="checkbox"/> Nombre del seguro privado
<input type="checkbox"/> Nombre del seguro privado _____	ID # _____ Grupo # _____
ID # _____ Grupo # _____	Suscriptor asegurado _____
Suscriptor asegurado _____	Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____
Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____	

He leído, entiendo y doy mi consentimiento a los servicios ofrecidos por Warrior Wellness Center. Entiendo que la asistencia de mi hijo, los registros de vacunas, la información básica y el horario escolar pueden compartirse entre el personal de la escuela y del centro de salud integrado según lo permitido para brindar atención de calidad a mi hijo. 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 PrimeHealth+: PrimeHealthPlus.org.

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 tiene la capacidad legal de recibir información sobre los servicios prestados a los pacientes. El CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y **estos datos no identifican ninguna información individual o de identificación del paciente.**

Autorizo a PrimeHealth+/Warrior Wellness Center a facturar y recibir pagos de mi seguro y a proporcionar cualquier parte del registro médico de mi hijo según sea necesario para facturar y recibir el pago de los servicios de mi compañía de seguros.

Estoy / estamos de acuerdo con los requisitos de inscripción de WWC _____ Sí Por favor, ponga sus iniciales _____

Firma _____ Fecha _____