



**BEAUFORT- JASPER – HAMPTON
COMPREHENSIVE HEALTH SERVICES, INC.**

NAME _____ DOB _____
 GRADE _____ TEACHER _____
 SCHOOL _____
 CHART #: _____

SCHOOL BASED HEALTH REGISTRATION FORM

Today's Date: _____ Review Date: _____
FOR REGISTRATION PERSONNEL ONLY – DO NOT WRITE IN THIS SPACE

¿Cuál de estos Centros ha visitado usted?: (Por favor marque la locación)

- Port Royal Center Hampton Center Chelsea Center Hardeeville Center School Based Health Center _____
 Sheldon Center Ridgeland Center St. Helena Center Estill Center Port Royal Same Day Health Clinic

Paciente/Información del Estudiante					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección	Ciudad	Estado		Código	Condado
Raza <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Pacifico Islándico <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> No declarado			Etnicidad <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro _____		
Información de los padres/tutores					
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		Número del Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Estado		Código	Condado
Dirección Postal/PO Box		Ciudad	Estado		Condado
Teléfono de Casa () ()	Número de teléfono celular () ()	Teléfono del trabajo () ()	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado
Dirección de Correo Electrónico		Nombre y Ubicación de la Farmacia.		Ingreso Anual	Tamaño de familia
Nombre de Contacto de Emergencia y Relación con el estudiante			Número de Teléfono		
Trabaja en una granja?			Estatus de Vivienda		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Emigrante <input type="checkbox"/> Campesino Empleado <input type="checkbox"/> Campesino Desempleado <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Hogar Transitorio <input type="checkbox"/> Comparte habitación <input type="checkbox"/> Vive en la calle <input type="checkbox"/> Otro		
Compañía de Seguro					
Seguro Principal	Num. de Identificación		Num. del Grupo	Dirección de la Compañía de Seguro	
Nombre del Asegurado	Empleador del Asegurado		Relación con la Persona Responsable <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		
Seguro Secundario	Num. de Identificación		Num. del Grupo	Dirección de la Compañía de Seguro	
Nombre del Asegurado	Empleador del Asegurado		Relación con la Persona Responsable <input type="checkbox"/> Uno Mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		
Servicio de Centro de Salud Basado en la Escuela para personas sin seguro medico					
Servicios Medicos/Nutrición/Salud del Comportamiento \$30 Cuota Anual: Solo si su hijo no esta cubierto por Medicaid u otro seguro. <input type="checkbox"/> Cuota Incluida (sin seguro) <i>Si paga con cheque por favor hágalo a nombre de BJHCHS, Inc.</i>			Servicios Dentales \$50 Cuota Anual: Solo si su hijo no esta cubierto por Medicaid u otro seguro. <input type="checkbox"/> Cuota Incluida (sin seguro) <i>Si paga con cheque por favor hágalo a nombre de BJHCHS, Inc.</i>		
Reconocimiento: Reconozco haber recibido el: Aviso de Practica de Privacidad <input type="checkbox"/> SI Derechos y Responsabilidades del Paciente <input type="checkbox"/> SI					
Firma de la Persona que proporciona la Información: _____				Fecha: _____	
Los formularios adjuntos de CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO & la Información de Salud, Deben completarse antes de que su hijo sea visto. Gracias					

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Grado: _____

HISTORIA MEDICA

El estudiante tiene Doctor particular? Si No

Si contesto que Si, quien? _____

Si contesto que No, con quien recibe regularmente servicios médicos? _____

Quando fue el último examen físico? _____

Donde? _____

El estudiante tiene sus vacunas al día? Si No

Hay una copia de la tarjeta de vacunas archivada en la escuela? Si No

El estudiante ha sido atendido últimamente de emergencia?

Si No Si contesto que Si, porque? _____

El estudiante ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? Si No Si contesto que Si, cuando? _____

Porque? _____

Este niño tiene problemas de conducta del desarrollo/escuela? (retardos de aprendizaje, ADHD, síndrome de Down, autismo, etc.)? Si No contesto que Si, que? _____

Por favor anote todas las alergias del estudiante (comida, medicina, insectos, polvo, látex etc.): _____

El estudiante toma algún medicamento a diario? Si No

Si contesto que Si, cual medicamento, como y cuan seguido lo toma? _____

En su hogar utilizan agua de pozo? Si No

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Si cualquier familiar del estudiante sufre de alguna de estas enfermedades, por favor coloque al lado de la enfermedad que relación tiene con el estudiante. (Ejemplo: Abuela, Madre, tía, hermana, etc.)

Diabetes _____

Cáncer _____

Enfermedades del Corazón _____

Derrame Cerebral _____

Tuberculosis _____

Ataques Epilépticos _____

Asma _____

HISTORIA DENTAL

El estudiante tiene dentista particular? Si No

Si contesto que Si, quien? _____

Quando fue la ultima vez que el estudiante tuvo un chequeo dental? _____

El estudiante ha tenido alguna dificultad relacionada con tratamientos dentales? Si No Si contesto que Si, que clase de dificultades? _____

El estudiante ha tenido que tomar medicamentos después de ser visto por el dentista? Si No Si contesto que Si, que clase de medicamentos? _____

El Estudiante alguna vez ha tenido alguna de estas enfermedades?: (Por favor circule a respuesta correcta)

Fiebres Reumáticas o Problemas de circulación Si No

Problemas en las válvulas Cardiacas/Cirugía Si No

Angina de pecho (dolor en el pecho por sobre esfuerzo) Si No

Problemas Cardiacos/Falla Cardiac congestiva Si No

Derrame Cerebral Si No

Ictericia (amarilleo) Si No

Problemas en los Riñones Si No

Sangrado prolongado Si No

Defisis de Atención (ADD/ADHD) Si No

Autismo Si No

Síndrome de Down Si No

Tuberculosis Si No

Diabetes Si No

Anemia Si No

Abuso de Sustancias Si No

Hepatitis Si No

Asma Si No

Respiración Corta Si No

El estudiante alguna vez ha tenido Viruela? Si No

Infección en los oídos? Si No

Firma del Padre o Representante _____ **Date** _____

/ /

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac.: _____ Escuela: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO para los Servicios de Salud en la Escuela

Yo, _____, padre o tutor de _____, autorizo a Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. Centro de Salud Escolar (SBHC) a proporcionar, servicios de nutrición, trabajador social, médico, telemedicina, dental y / o los servicios de salud del comportamiento, incluyendo pero no limitado un examen médico, educación sobre salud, control de comportamiento, evaluación y / o asesoramiento. Los tratamientos pueden ser ordenados o asesorados por el profesional tratante.

Entiendo que el proveedor de Beaufort Jasper Hampton Comprehensive Health Services, Inc. (BJHCHS) puede solicitar y usar el historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica y / o de terceros que pagan beneficios de farmacia solo para fines de tratamiento.

Entiendo que estoy dando consentimiento para facturar a mi seguro de salud por los servicios prestados en el SBHC y dar a conocer información sobre la condición médica de mi hijo como puede ser ordenado necesario o conveniente por el profesional tratante. Reconozco que seré responsable por cualquier pago no cubierto por mi plan de salud, para incluir deducibles y copagos. Si el niño no está asegurado, entiendo que estaré obligado a pagar los honorarios anuales basados en la escuela aplicables a los servicios proporcionados. Entiendo que este consentimiento es voluntario y es válido solamente para los servicios proporcionados en el Centro de Salud Escolar. Entiendo que este formulario de consentimiento es válido, hasta que lo revoque por escrito.

Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los siguientes servicios:

Firma del padre o tutor legal es requerido para cada servicio al que desea que su hijo reciba.

Servicios médicos / Nutrición

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Servicios de Salud Mental * *Tenga en cuenta que antes que las sesiones de consejería se inicien el estudiante primero debe ser evaluado por el pediatra o la enfermera de familia. A fin de que el estudiante reciba Behavioral Health Counseling Services el consentimiento debe darse también para Servicios Médicos (Firme en la línea de arriba y abajo).* Servicios de consejería de salud conductual incluyendo evaluación, evaluación y / o consejería de salud conductual. Entiendo que ningún medicamento para la salud mental será prescrito sin mi permiso explícito. Una cita con el psiquiatra estará disponible para discutir si mi hijo se beneficiaría del uso de medicamentos psiquiátricos.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Servicios Dentales y Consentimiento para Anestesia Local El tratamiento dental provisto a su niño(a) por la escuela a lo mejor necesite uso de anestesia local. Esto a lo mejor haga que su niño(a) llegue a morderse el labio después del tratamiento. Si esto sucede recomendamos que utilice. Anbesol, Oragel o Orabase con benzocaine como anestesia local que puede comprar sin prescripción. Usualmente el niño se mejorara en (2) semanas. Trauma severo por lo general requiere de antibiomaticos.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____