



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 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	
<b>Raza</b> <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"/> Pacífico Islándico <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> No declarado			<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Mexicano-hispano/latino <input type="checkbox"/> Cubano-hispano/latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño-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	Código 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	
<b>Trabaja en una granja?</b> <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		<b>Estatus de Vivienda</b> <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 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

Si su hijo **no** tiene seguro, puede solicitar nuestro Programa de descuento en tarifas de diapositivas.

<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , me gustaría completar la solicitud del Programa Slide Fee y entregar un comprobante de ingresos. Entiendo que el programa de descuento no se aplicará hasta que se complete la solicitud de tarifa Slide y se presente el comprobante de ingresos.	<input type="checkbox"/> <b>No</b> deseo solicitar el programa de descuentos y entiendo que recibiré una factura por los servicios prestados.
---	---

**Reconocimiento:** Reconozco haber recibido el: **Aviso de Practica de Privacidad**  **SI** **Derechos y Responsabilidades del Paciente**  **SI**  
 Aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente disponible para ver en línea en <https://forms.gle/zC7iFHUcn7rvbMFp8>

**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, ¿quién? \_\_\_\_\_

Si contesto que No, ¿con quién recibe regularmente servicios médicos? \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue el último examen físico? \_\_\_\_\_**

¿Donde? \_\_\_\_\_

**¿El estudiante tiene sus vacunas al día? Sí No**

**¿Hay una copia de la tarjeta de vacunas archivada en la escuela? Sí No**

**¿El estudiante ha sido atendido últimamente de emergencia? Si No** Si contesto que Si, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**¿El estudiante ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? Si No** Si contesto que Si, cuando? \_\_\_\_\_

¿Porque? \_\_\_\_\_

**Este niño/a tiene problemas de conducta del desarrollo/escuela? (retardos de aprendizaje, ADHD, síndrome de Down, autismo, etc.)? Sí No**

Contesto que Si, ¿qué? \_\_\_\_\_

**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, ¿cómo y cuan seguido lo toma? \_\_\_\_\_

**¿En su hogar utilizan agua de pozo? Sí No**

**HISTORIA MÉDICA FAMILIAR**

**Si cualquier familiar del estudiante sufre de alguna de estas enfermedades, por favor coloque al lado de la enfermedad qué 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, ¿quién? \_\_\_\_\_

**¿Cuándo fue la última vez que el estudiante tuvo un chequeo dental? \_\_\_\_\_**

**¿El estudiante ha tenido alguna dificultad relacionada con tratamientos dentales? Si No** Si contesto que Si, ¿qué clase de dificultades? \_\_\_\_\_

**¿El estudiante ha tenido que tomar medicamentos después de ser visto por el dentista? Si No** Si contesto que Si, ¿qué 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

Anemia Drepanocítica Si No

Derrame Cerebral Si No

Ictericia (amarilleo) Si No

Problemas en los Riñones Si No

Sangrado prolongado Si No

Deficit 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. School Based Health Center (SBHC) a proporcionar los siguientes servicios de salud a continuación como lo indica mi firma. Entiendo que no tengo que estar presente durante el tiempo que se prestan los servicios.

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

Entiendo que doy mi consentimiento para facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados en el SBHC y para divulgar información sobre la condición médica de mi hijo según lo indique necesario o aconsejable el profesional que lo atiende. Reconozco que seré responsable de cualquier pago que no esté cubierto por mi plan de salud, incluidos los deducibles y copagos. Si el niño no tiene seguro, entiendo que seré responsable de pagar la tarifa de servicio por visita aplicable a los servicios prestados. Entiendo que este consentimiento es voluntario y válido únicamente para los servicios prestados en el Centro de salud escolar. Entiendo que este formulario de consentimiento es válido hasta que lo revoco 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**

Los servicios médicos incluyen, entre otros, exámenes médicos, evaluación y tratamiento de afecciones agudas y crónicas, asesoramiento nutricional, educación sanitaria y exámenes médicos. Se pueden ordenar pruebas de laboratorio, diagnóstico por imágenes, tratamiento y medicamentos según lo indique el profesional a cargo.

**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 médica. 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 asesoramiento sobre salud conductual que incluyen exámenes de salud mental, evaluaciones, terapia cognitivo-conductual y/o asesoramiento. Entiendo que no se recetarán medicamentos para la salud mental sin mi permiso explícito. Es posible que se disponga de una cita con el psiquiatra para analizar si mi hijo se beneficiaría del uso de medicamentos psiquiátricos.

**Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Servicios Dentales y Consentimiento para Anestesia Local** Los servicios dentales incluyen exámenes dentales, medicamentos, radiografías, limpiezas, flúor, selladores, extracciones, fluoruro de diamina de plata (SDF) y cualquier otro trabajo de restauración según sea necesario. El tratamiento dental proporcionado a su hijo mientras está en la escuela puede requerir el uso de anestésicos locales. Esto puede provocar una ulceración traumática del labio cuando los niños se muerden el labio entumecido después de una cita con el dentista. Si esto ocurriera, recomendamos Anbesol, Orajel u Orabase de venta libre con benzocaína como anestésicos tópicos. La curación suele producirse en dos (2) semanas. Los traumatismos graves suelen requerir antibióticos.

**Firma del padre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_