

Nombre de la escuela:

Grado:

Estimado/a estudiante: Nuestro Centro de Salud Escolar se complace en proporcionarle servicios médicos y de salud conductual durante el horario escolar. Complete este formulario y devuélvalo a la escuela para inscribirse en el programa.

Información del estudiante:

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Número de seguro social			
<input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Sin hogar: Si la respuesta es sí, especifique: <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Otro			
Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono laboral	Dirección de correo electrónico
			Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia
Sexo	Idioma	Origen étnico	Raza
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro otra parte <input type="checkbox"/> No lo indica o se niega a decirlo del Pacífico
Nombre _____		Fecha de nacimiento _____	
Dirección de correo electrónico _____			

Información del seguro

Seguro médico primario	N.º de identificación del seguro/de Medicaid	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza	N.º de seguro social del titular de la póliza

Ingresos

Mis ingresos anuales son: _____ Cant. total de dependientes en la familia (incluido el paciente): _____

Doy mi autorización para recibir tratamiento y servicios médicos y de salud conductual por parte de los Centros de Salud Escolar InterCommunity. Entiendo que esta autorización es válida siempre que esté inscrito en el distrito escolar de East Hartford o hasta que haya revocado esta autorización ante el coordinador de programas de los Centros de Salud Escolar InterCommunity.

Por el presente, autorizo a InterCommunity a usar y divulgar mi información médica protegida (incluida la información de salud física y mental) para los fines de operaciones de tratamiento, pago y atención médica, incluida la divulgación de dicha información para procesar reclamos a mi compañía de seguros. Autorizo el pago directo de mi compañía de seguros a InterCommunity.

En caso de que el personal capacitado de la escuela, como los enfermeros o ayudantes sanitarios escolares, no estén disponibles para proporcionarme los medicamentos recetados que tomo de manera habitual en la escuela, autorizo al personal de InterCommunity a administrarme dichos medicamentos.

Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas relacionadas con los servicios que recibo o para los cuales puedo ser elegible, y acepto recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de InterCommunity a través de la dirección de correo electrónico indicada anteriormente. También puede accederse al Aviso de prácticas de privacidad por medio de www.intercommunityct.org/privacy-practices/.

Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que leí, entiendo y estoy de acuerdo con cada uno de los párrafos anteriores. Certifico, además, que toda la información proporcionada es verdadera y completa.

Firma _____ Fecha _____

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que InterCommunity podrá verificar la información de este formulario. Entiendo que la información financiera determinará la elegibilidad para el descuento de tarifa gradual del Centro. También entiendo que si intencionalmente declaro falsos ingresos de mi familia, no seré elegible para recibir servicios con descuento. Entiendo que si no tengo seguro, mi tarifa se basará en una tarifa gradual. También entiendo que seré financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

Firma _____ Fecha _____

Cualquier información médica protegida divulgada por InterCommunity que incluya información protegida por leyes estatales o federales especiales, como la información relacionada con tratamientos para el abuso de sustancias o con el VIH, se divulgará conforme a esas leyes. Consulte el Aviso de prácticas de privacidad de InterCommunity, que puede encontrar en www.intercommunityct.org/privacy-practices/, para obtener más información. En el Aviso de prácticas de privacidad de InterCommunity también se explica la capacidad de InterCommunity para proporcionarles mi información médica protegida a otros proveedores a través de la función Care Everywhere. Comuníquese con el funcionario de Privacidad de InterCommunity al 860-569-5900 o por medio de compliance@intercommunityct.org para obtener más información sobre esta forma conveniente de compartir información con otros proveedores.