

School Based Health Center (SBHC) (Centro de salud escolar)

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
Favor de Escribir con Letra Imprenta

Fecha de Inscripción _____ Nombre de la Escuela _____ Grado _____

Nuevo ___ Revisado ___ ¿Cómo se enteró de Centro de Salud Escolar (SBHC)? _____

Por favor llene ambas páginas y firme con la fecha en la página 2 para que su hijo(a) pueda recibir los servicios del Centro de Salud Escolar. Si un estudiante tiene 18 o más años de edad el/ella puede firmar su propio formulario. Se enviara una reclamación de seguro médico a Medicaid/Título XIX, HUSKY y seguro médico privado. La Agencia no cobrara por cualquier pago en efectivo que usted tenga que hacer con la excepción de los servicios cubiertos por planes de seguros comerciales que requieren pagos adicionales. Si esto ocurre la oficina de facturación emitirá una factura. Sin embargo, a nadie se le negarán servicios por no poder pagar.

Nombre del Estudiante: _____ Femenino / masculino
Apellido Nombre Segundo Nombre (elija uno)

Nombre del guardian o padre: _____ Idioma que se habla en casa: _____

Dirección: _____ Apt# _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono Celular: _____ Email: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: ___/___/___ # Seguro Social del Estudiante: _____

Etnicidad del Estudiante: ___Hispano/Latino ___No Hispano/Latino

Raza del Estudiante: (por favor marque todas las que sean necesarias)

___Indio Americano o Nativo de Alaska

___Asiático

___Negro o Afroamericano

___Blanco

___Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico

___Otro: (Por favor escriba su raza, si esta no aparece en la lista anterior) _____

Ingreso anual aproximado de la familia (POR FAVOR LLENAR PARA EL INFORME ESTADISTICO Y ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL) _____ Número de personas que viven con el estudiante _____

¿Es el estudiante elegible para almuerzo gratis o reducido? ___sí ___no

Contacto en Caso de Emergencia: Nombre de dos personas a quienes SBHC pueda llamar en caso de una emergencia.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Alergias: SI ___ NO ___ Comidas (enumerar) _____

Medicamentos (enumerar) _____

Mi hijo/a tiene las siguientes enfermedades crónicas:

¿A dónde lleva a su hijo/a para que le hagan chequeos físicos o cuando está enfermo?

___Centro de Salud de la Comunidad ___Clínica del Hospital ___Centro de Salud Escolar (SBHC) ___Clínica Militar

___Sala de Emergencia ___Cuidado Urgente/Clínica Ambulatoria ___Oficina del Médico Privado _____

POR FAVOR DEVOLVER LOS DOS FORMULARIOS COMPLETOS

CENTRO DE SALUD ESCOLAR (SBHC) – INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Tipo de Seguro Médico (indique TODOS los que sean relevantes y complete la información abajo sobre el seguro médico de su hijo(a). Por favor entregue una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro médico actual, la tarjeta de Medicaid Managed Care Plan y todos los formularios de reclamación que su seguro requiere. Por favor informe al SBHC de cualquier cambio en su seguro.

Plan Comercial Medicaid /Husky Sin cobertura de seguro Referido a HUSKY

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ESTATAL MEDICAID:

Número de Medicaid del Niño/a: _____

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Fecha de Efectividad: _____

INFORMACIÓN del SEGURO PRIMARIO:

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección del Titular: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ____/____/____ # de Seguro Social: _____

Nombre y Dirección del Empleador del Titular de la Póliza: _____

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro: _____

de Póliza/Member ID: _____ # de Grupo: _____

Fecha de Efectividad del Seguro Médico: ____/____/____ Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

INFORMACIÓN sobre SEGURO MEDICO ADICIONAL:

Nombre del Titular de la Póliza: _____ Relación con el Estudiante: _____

Dirección del Titular: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: ____/____/____ # de Seguro Social: _____

Nombre y Dirección del Empleador del Titular de la Póliza: _____

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguro: _____

de Póliza/Member ID: _____ # de Grupo: _____

Fecha de vigencia del Seguro Médico: ____/____/____ Teléfono de la Compañía de Seguros: _____

Entiendo que el propósito de esta autorización es permitir que mi hijo/a obtenga servicios de salud rutinarios. Estos servicios pueden incluir; exámenes físicos obligatorios para practicar deportes, diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas y otros problemas (usando tratamientos de rutina y medicamentos), acceso a servicios de consejería, información educacional sobre la salud y prevención. También entiendo que doy autorización a que el Centro de Salud Escolar (SBHC) comparta, "en caso que sea necesario", información con el proveedor médico de mi hijo/a, la enfermera de la escuela, y cualquier personal escolar clave en el cuidado de mi hijo.

Por medio de mi firma, doy permiso para que la enfermera especializada del Centro de Salud Escolar obtenga la siguiente información acerca de mi hijo(a) de parte de la enfermera escolar: peso y estatura, vacunas, resultados de exámenes (visión, audición, escoliosis, pruebas de tuberculina en la piel), glucosa y hemoglobina/hematocrito, información sobre alergias y enfermedades crónicas/agudas o golpes, medicamentos, data demográfica y números de emergencia.

Además, doy permiso al Centro de Salud Escolar (SBHC) para que comparta información referente a tratamiento y/o servicios a los proveedores de seguro mencionados arriba con el propósito de emitir la factura. Autorizo a que los pagos se hagan directamente a **Child and Family Agency** por los servicios recibidos.

Yo he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de Child and Family Agency impreso en papel verde que está incluido en el paquete de registración.

_____	_____	_____
Firma	Relación con el estudiante	Fecha

POR FAVOR DEVUELVA LOS DOS FORMULARIOS COMPLETOS

POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA NOTIFICACIÓN, LA CUAL DESCRIBE COMO SE PUEDE UTILIZAR, REVELAR O ACCEDER LA INFORMACION MEDICA PERSONAL.

INFORMACIÓN SOBRE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD

Efectivo: 14 de Abril de 2003

CHILD AND FAMILY AGENCY OF SOUTHEASTERN CONNECTICUT, INC.

Es importante que usted lea y entienda esta información sobre las normas de privacidad antes de firmar el formulario de consentimiento.

Si usted tiene alguna consulta sobre esta información o desea mas información sobre sus derechos de privacidad, por favor comunicarse ya sea con el miembro del personal que esta trabajando con usted, su supervisor, o al encargado de privacidad de Child and Family Agency.

Encargado de Privacidad de CFA: Richard D. Calvert MSW, LCSW
255 Hempstead St., New London, CT 06320
860-443-2896

Oficinas Administrativas de Child and Family Agency
255 Hempstead Street, New London, CT 06320
860-443-2896

El propósito de este Aviso sobre las Normas de Privacidad

Este Aviso sobre las normas de Privacidad (el "Aviso") es para informarle a usted del uso y divulgación de la información de salud protegida sobre usted que nosotros, Child and Family Agency, podemos hacer.

También describe

- Los derechos que usted tiene para acceder y controlar su información de salud protegida, y
- ciertas obligaciones que el personal de Child and Family Agency tiene sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida.

¿Qué es la "Información Médica Protegida"?

La "Información Médica Protegida" es información sobre usted la cual ha sido creada y recibida por la agencia. Esta información incluye datos demográficos los cuales podrían identificarlo a usted; además de información relacionada a su salud física y mental, tanto del pasado, presente o futuro; y sobre pagos de servicios de salud.

La ley exige que Child and Family Agency proteja la privacidad de la información médica de sus clientes. También la ley nos exige que le notifiquemos de nuestras obligaciones legales y normativas de privacidad con respecto a su información médica protegida, y que acatemos las condiciones de esta notificación que estén actualmente en vigencia. Sin embargo, nosotros podemos cambiar en cualquier momento el contenido de esta notificación. La versión nueva de esta Notificación será aplicable a toda la información médica protegida que esté en posesión de la agencia. La agencia hará todo lo que este a su alcance para notificar a nuestros clientes de estos cambios (por ejemplo: miembros del personal notificarán a las familias, avisos en la sala de espera).

De que manera podríamos usar o divulgar su Información Medica Protegida

Cuando sea necesario para poder brindarles nuestros servicios. El personal de Child and Family Agency asignado a su familia le pedirá que firme uno o más documentos que permitirán que la agencia use y revele su información médica protegida para tratamiento, pago y operación de la clínica. También le pediremos que haga acuso de recibo de esta Notificación.

Las siguientes categorías describen algunas de las maneras en que su información de salud confidencial podría ser usada. Aunque no este especificado más abajo, Child & Family Agency puede usar y divulgar su información medica confidencial como lo permite o exige la ley o si usted así lo autoriza. Haremos todo lo posible para limitar el acceso a su información de salud protegida a aquellas personas o clases de personas, en nuestra agencia que necesiten acceso para poder hacer su trabajo. Además, haremos todo lo posible para entregar el mínimo de información posible, un monto necesario que permita cumplir los objetivos y la ley.

- **Para Tratamiento-** Podremos usar y revelar información médica protegida para entregarle a usted tratamiento médico y otros servicios relacionados a su tratamiento. Si se nos permite, también podemos revelar su información medica protegida a individuos u organizaciones que estarán involucrados en su cuidado, una vez que los servicios con Child and Family Agency terminen y por otras razones relacionadas al tratamiento. Podremos también usar o revelar su información médica confidencial en caso de emergencia.
- **Para Pagos-** Podríamos usar y revelar su información médica protegida para poder cobrar y recibir pagos por los tratamientos o servicios relacionados, que usted recibe. Podemos divulgar su información de salud a la entidad que pagará por los servicios, como por ejemplo, compañía de seguro medico, Medicare, Medicaid, u otra tercera fuente de pago, con el propósito de cobrar o recibir pagos por servicios de tratamientos.
- **Reglas Especiales con Respecto a la Divulgación de Información Siquiátrica, Abuso de Alcohol y Drogas, y VIH** – Restricciones especiales se pueden aplicar cuando se trata del tratamiento de enfermedades siquiátricas, abuso de alcohol y drogas, o el tratamiento o exámenes relacionados al VIH. Por ejemplo, generalmente la agencia no puede revelar esta información protegida en respuesta a un emplazo de la corte, orden judicial u otro proceso legal al menos que usted firme una autorización especial o por orden de la corte.
- Información Siquiátrica. Cierta información de salud mental puede ser revelada para tratamiento, pago, y operaciones de servicios de cuidado médico, como lo permite o exige la ley. Por otro lado, la agencia solamente divulgará información para cumplir con una autorización, orden de la corte, o como lo exige la ley. Por ejemplo, comunicación entre usted y una sicóloga, siquiatra, o trabajadora social será considerada información confidencial como lo exige la ley del Estado de Connecticut y las leyes Federales.
- Información de tratamiento de Abuso de Alcohol y Drogas. Si usted recibe tratamiento en un programa especializado para el abuso de alcohol y drogas , se necesitará su consentimiento para divulgar cierta información, sin embargo, no se necesitará su autorización en caso de emergencia, para cumplir con ciertos requisitos de notificación y otras instancias como lo permite la ley Federal.
- Información relacionada al VIH. La agencia divulgará información relacionada al VIH como lo permite o requiere la ley de el Estado de Connecticut, por ejemplo, si existiera información de salud protegida relacionada al VIH, esa información podría ser divulgada en el caso de que el personal de Child and Family Agency, otra persona, o una pareja conocida fueran expuestos al virus de VIH. Cualquier uso o divulgación de la información será a alguien que pueda reducir el impacto de la exposición al virus de HIV, de acuerdo con la ley del Estado de Connecticut y las leyes federales.
- Menores. Cumpliremos con la ley del Estado de Connecticut cuando usemos o revelemos la información de salud protegida de clientes menores de edad, por ejemplo, si usted es un cliente menor de edad que no se ha emancipado y ha aceptado recibir servicios relacionados al VIH/SIDA,

enfermedad venérea, aborto, abuso de sustancias controladas, y si usted no ha pedido un representante personal, usted puede autorizar a que se use o divulgue su información de salud.

- **Para la Operación de Servicios de Salud** - Podremos usar o revelar su información de salud como sea necesario para las operaciones de Child and Family Agency; como por ejemplo, garantía de calidad, mejorar las actividades, examinar la capacidad y las calificaciones del personal, revisión médica, servicios legales, auditorías, y actividades administrativas generales de la agencia.
- **Asociados de Negocios** – Algunos servicios pueden ser entregados por nuestros asociados de negocios. Estos servicios incluyen servicios de pago, compañías de transcripción, asesores legales y asesores de contabilidad. Podremos revelar su información de salud protegida para que nuestros asociados de negocios puedan hacer el trabajo que le hemos pedido que hagan. Para proteger su información médica requerimos que nuestros asociados de negocios firmen un contrato de privacidad.
- **Notificación de Cita** - Podremos usar y divulgar su información de salud protegida para poder contactarlo a usted para recordarle que tiene una cita en la agencia.
- **Alternativas de Tratamiento y Otros Servicios y Beneficios Relacionados a la Salud-** Podríamos utilizar su información de salud protegida para informarle a usted de sus opciones con respecto al tratamiento o alternativas de tratamiento. También podríamos utilizar su información para brindarle información sobre beneficios que están a su disposición y sobre servicios relacionados con la salud, o sobre clases de educación de salud que podrían interesarles.
- **Actividades de Salud Pública** - De acuerdo a la ley, podríamos divulgar su información de salud protegida a las autoridades de salud pública las cuales por ley están autorizadas a recolectar o recibir esta información con el propósito de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, informar de nacimientos y defunciones, informar de abuso y negligencia infantil, o notificar a una persona que ha estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer, propagar una enfermedad.
- **Actividades de Supervisión Sanitaria-**
Podríamos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión sanitaria para que lleven a cabo actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.
- **Procedimiento Judiciales y Administrativos-**
Si usted esta involucrado en una demanda o disputa, podríamos revelar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o de la administración, o en respuesta a otro proceso jurídico que permita legalmente la divulgación de información.
- **Cumplimiento de la Ley** –
Nosotros podríamos revelar su información de salud protegida con el fin de cumplir con la ley, si esta así lo permite o lo exige (por ejemplo, informar una herida de bala; informar de emergencias o muertes sospechosas; cumplir con una orden de la corte, orden judicial, o procesos legales similares; o para contestar algún requerimiento de información sobre un crimen).
- **Forenses y Médicos Patólogos-**
Podemos revelar su información médica protegida a un forense o patólogo.

- **Para Evitar Una Seria Amenaza a la Salud o a la Seguridad** - Podemos usar y revelar su información de salud protegida cuando sea necesario para evitar una grave amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. La información será revelada sólo aquellas personas que puedan ayudar a evitar la amenaza.
- **Seguridad Nacional y Militar** - Si usted es un miembro del ejército, podemos revelar información de salud protegida referente a usted según lo requieran las autoridades militares o el Department of Veteran Affairs. También podemos revelar la información de salud protegida sobre usted, si la ley lo permite, a funcionarios federales para que lleven a cabo actividades de inteligencia, contraespionaje, y otras actividades de seguridad nacional según la ley autorizan.
- **Indemnizaciones Laborales-**
Podemos revelar su información de salud protegida en la medida que se autorice y necesite para cumplir con las leyes relativas a las indemnizaciones laborales o programas similares establecidos por la ley.

Cuando No Es Permitido Usar o Revelar su Información Médica Protegida

La agencia no usará ni dará a conocer a terceros su información de salud protegida sin su autorización por escrito, salvo como se describe en este aviso o lo permiten las leyes de Connecticut o las leyes federales. Su autorización por escrito especificará el uso y divulgación específica que usted permite. Bajo ciertas circunstancias, Child & Family Agency puede condicionar la entrega de servicios a que usted dé una autorización. Gestionaremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información para fines distintos de los mencionados anteriormente. Usted podrá revocar una autorización, por escrito, en cualquier momento, deberá contactarse con el trabajador encargado de su caso o con el Oficial de Privacidad de Child & Family Agency . Al recibir la revocación por escrito, dejaremos de utilizar o revelar su información salvo en la medida que ya lo hayamos hecho de acuerdo a la autorización.

Sus Derechos Sobre su Información de Salud

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida. A continuación se describe brevemente como usted puede hacer ejercicio de estos derechos.

Derecho a Solicitar Restricciones Sobre Ciertos Usos y Divulgaciones de su Información de Salud Protegida - Usted tiene derecho a solicitar ciertas restricciones con respecto a su información de salud protegida que nosotros usamos o que entregamos. Usted puede solicitar restricciones o revisar las restricciones sobre el uso o divulgación de su información de salud protegida. Usted tiene que solicitar esto por escrito, debe mencionar de manera específica cuales son las restricciones que desea y a quien se aplican. Usted puede pedir un *restriction request form* (formulario de solicitud de restricciones) a la agencia. Nosotros no estamos obligados a acceder a su solicitud de restricciones. Si nosotros estamos de acuerdo con las restricciones que usted solicita, nosotros las acataremos, excepto cuando sea necesario entregar cuidado de emergencia. Si fuera necesario divulgar información restringida y confidencial a personal de asistencia medica en caso de emergencia, la agencia solicitará a dicho personal que no usen o divulguen dicha información. Además, usted y la agencia pueden cancelar las restricciones impuestas, siempre y cuando se le informe a la otra parte por escrito. A menos que usted este de acuerdo, la cancelación de las restricciones sólo será efectiva en relación a la información de salud protegida que ha sido creada o recibida después que usted nos informó de la cancelación.

Derecho a recibir comunicación confidencial - Usted tiene derecho a solicitar un medio alternativo de cómo usted recibe información de salud protegida. Usted tiene derecho a pedir una manera o lugar alternativo de comunicación, donde le gustaría recibir dicha información. Usted debe presentar una

solicitud por escrito a la agencia. Su solicitud tiene que precisar cómo y dónde le gustaría ser contactado (el formulario de solicitud esta disponible en la agencia).

Derecho a acceder, Examinar y Obtener una Copia de su Información de Salud Protegida - Usted tiene derecho a acceder, examinar y obtener una copia de su información de salud protegida, que usamos para decidir el tipo de tratamiento que necesita. Usted tiene este derecho durante el período de tiempo que esta información está en poder de la agencia. Para poder acceder, examinar y obtener una copia de su información de salud protegida, usted tendrá que mandar una solicitud por escrito a la agencia. Si usted solicita una copia de la información, nosotros podríamos cobrarle los costos por preparar, copiar y enviar por correo esta información, o por cualquier otro gasto asociado con su solicitud. Bajo ciertas circunstancias, nosotros podríamos negarnos de manera parcial o completa a su solicitud de acceder, examinar, y copiar su información de salud protegida. Le entregaremos por escrito las razones de negarnos, en el caso que esto suceda. Usted podría tener derecho a que se revise la negación a su solicitud por un profesional independiente de la salud designado por nosotros quien actuará como un oficial evaluador. Esta persona tendrá que ser alguien que no participó en la decisión original de negar la solicitud. Usted también podría tener derecho a solicitar que una corte revise esta decisión.

Derecho a corregir su Información Médica Protegida - Usted tiene derecho a pedir que se corrija su información de salud protegida durante el período que Child & Family Agency este en posesión de dicha información. La petición se debe hacer por escrito y debe indicar la razón para querer corregir esta información. Usted puede pedir un formulario para cambiar la información a Child & Family Agency. En el caso que rechazemos su petición de corregir la información, le entregaremos una carta explicando las razones y el derecho que usted tiene a escribir una declaración donde indica que esta en desacuerdo con nuestra decisión. Nosotros podríamos rebatir su declaración de desacuerdo. Si usted no desea entregar una declaración por escrito indicando que esta en desacuerdo con la negación de su petición, puede pedir que su solicitud de cambiar la información sea incluida con la otra información que se divulgue en el futuro.

Derecho a Recibir una Lista de las ocasiones en que se ha Revelado su Información Médica Protegida -Usted tiene derecho a pedir que se le entregue una lista de algunas instancias en que su información de salud protegida ha sido revelada por Child & Family Agency o por otros o a nombre nuestro. Si desea solicitar esta lista, usted tendrá que hacerlo por escrito, deberá indicar un período que debe comenzar el 14 de Abril del 2003 o después de esta fecha, eso son seis (6) años desde la fecha de su petición. La primera lista que se entregue dentro de los primeros doce meses, será gratis. Podríamos cobrarle un monto razonable para cubrir costos, por cada lista que requiera dentro de los primeros doce meses. Sin embargo, se le dará la oportunidad de retirar o modificar su petición para que de esa manera evite o reduzca el pago.

Derecho de Obtener una Copia en Papel de esta Notificación - Usted tiene derecho a recibir una copia de esta Notificación en papel, incluso si usted accedió a recibir este documento electrónicamente. Usted puede recibir una copia de esta Notificación en cualquier momento, sólo tiene que contactarse con Child & Family Agency. Además, usted puede obtener una copia de esta Notificación en nuestra página web: www.cfapress.org

Derecho a quejarse - Si usted cree que nosotros hemos violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja con nosotros o con la Secretary of Health and Human Services (Secretaría de Salud y de Servicios Humanos). Usted puede presentar una queja con nosotros si notifica de esto a nuestro Oficial de Privacidad de la agencia. No habrán represalias en contra suya si es que presenta una queja. Nosotros haremos todo lo que este a nuestro alcance para resolver la queja con usted.

G:forms/clinical/forms to use/notice of privacy practices - spanish

HISTORIA DE SALUD

NOTA: Por favor completar la siguiente información. Esto será muy útil para los proveedores del Centro de Salud Escolar y se mantendrá su confidencialidad tal como se menciona en nuestra política de privacidad HIPPA. Sírvase devolver este formulario junto con los papeles de registración.

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Escuela:** _____

¿Su hijo sufre de alguna de las siguientes condiciones?

ADD/ ADHD	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Problemas del corazón	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Hipertensión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Problemas inmunológicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Problemas de aprendizaje	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bipolaridad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Sobrepeso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cáncer	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Convulsiones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Abuso de sustancias	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas dentales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Uso de tabaco	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Problemas de tiroides	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acné	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		Tuberculosis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesiones en la cabeza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		para las niñas: Problemas menstruales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Cualquier otra condición o preocupación? _____

¿Se ha quedado su hijo(a) hospitalizado(a) de un día para otro? Si No ¿Cuándo?: _____ ¿Por qué? _____

¿Ha tenido su hijo (a) alguna cirugía? Si No ¿Cuándo?: _____ ¿Por qué? _____

¿Ha tenido su hijo (a) algún accidente grave? Si No ¿Cuándo?: _____ ¿Por qué? _____

¿Tiene su hijo (a) alergia a alguna medicina? Si No Nombre de la medicina _____

¿Tiene su hijo (a) alergia a alguna comida o cualquier otra cosa? Si No Nombre de la comida _____

¿Ha tenido su hijo (a) varicela? Si No ¿A qué edad?: _____

¿Toma su hijo (a) algún medicamento? Si No ¿Para qué?: _____

¿Toma su hijo (a) alguna vitamina o suplemento? Si No

Por favor mencione cualquier medicamento, vitamina o suplemento: _____

¿Esta su hijo (a) recibiendo consejería en este momento? Si No ¿Dónde?: _____

¿Ha recibido su hijo (a) consejería en el pasado? Si No ¿Dónde?: _____

¿Tiene su hijo (a) médico o proveedor primario regular? Si No Nombre _____

Si no lo tiene ¿Donde recibe su hijo (a) atención medica? _____

HISTORIA FAMILIAR: ¿Ha tenido alguien dentro de la familia del niño (a) incluyendo los abuelos alguna de las siguientes condiciones?

		¿Qué pariente?			¿Qué pariente?		
ADD/ ADHD	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Problemas del corazón	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Anemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Asma	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Problemas inmunológicos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Defectos de nacimiento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de aprendizaje	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Bipolaridad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Sobrepeso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Cáncer	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Abuso de sustancias	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Problemas dentales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Abuso de tabaco	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Depresión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Problemas de tiroides	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Acné	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
Lesiones en la cabeza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Problemas menstruales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Reviewed _____ Date _____



CONNECTICUT VACCINE PROGRAM Formulario Para La Elegibilidad del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de Padres/tutores: _____

Proveedor de Servicios: _____

Este paciente califica para inmunizaciones por medio del Programa de Vacunas de Connecticut porque él / ella tiene menos de 19 años y (marque solamente uno):

Elegible para CVP:

- (A) Está registrado en Medicaid (Husky A)
- (B) No tiene seguro médico / pago propio
- (C) Es Indio Americano o persona nacida en Alaska
- (D) Seguro limitado (tiene seguro que no cubre las vacunas o solo cubre selección de vacunas) y es un paciente de un Centro de Salud que sea calificado federalmente (FQHC). Estos pacientes pueden recibir todas las vacunas en el Centro calificado federalmente FQHC.

Estado elegible:

- (E) Seguro limitado (tiene seguro que no cubre las vacunas o solo cubre selección de vacunas) y es un paciente de una oficina de los proveedores de salud privado. Estos pacientes pueden recibir todas las vacunas en su oficina de proveedor de salud privado.
- (F) Está registrado en S-CHIP (Husky B)
- (G) *Seguro privado

*Pacientes que tienen **seguro privado** pueden recibir toda las vacunas del programa CVP excepto la vacuna Rotavirus, la Influenza de 5 a 18 años de edad, la Hepatitis A de 2 a 18 años de edad, y el virus del papiloma humano (VPH). Estas vacunas son disponibles solamente para los pacientes en las categorías A, B, C, D, E, y F.

Un historial debe de mantenerse guardado en la oficina del proveedor médico que refleje el estado de todos los pacientes que tengan 18 años o menos que reciben vacunas del programa CVP. El historial puede ser completado por los padres, tutores, o individual del historial, o por el proveedor médico. El historial no tiene que estar al día a menos que el estado del niño o niña ha cambiado. Mientras que la verificación de respuesta no es requerido, si es necesario retener este historial o uno similar para cada paciente que recibe una vacuna.

La Elegibilidad del Paciente debe ser verificada y documentada en **cada visita de inmunización**. Por favor documente que el formulario de elegibilidad fue verificado con las iniciales de la persona que realizo el cribado. Si los resultados sobre las preguntas de arriba (A-G) han cambiado, por favor complete un formulario de elegibilidad nuevo.

Fecha de examen (mes/dia/año)	Iniciales

Fecha de examen (mes/dia/año)	Iniciales