

# Formulario de inscripción del Centro del Bienestar (Warrior Wellness Center)

WARRIOR WELLNESS CENTER  
AT CHS

M+  
MarillacHealth



## Los niños sanos aprenden mejor

El Warrior Wellness Center (WWC) es un centro de salud integrado adentro de la escuela preparatoria Central High School, el cual brinda acceso en la escuela a atención médica, de salud mental y de cuidado dental. Trabajamos con la enfermera de la escuela, el asistente de salud y con los consejeros para brindar atención de calidad. Los estudios muestran que los estudiantes que usan los centros de salud integrados faltan menos a la escuela. Los padres o tutores necesitan inscribir a su estudiante en los servicios del centro de salud integrado. El acceso del estudiante a este centro de salud puede ser eliminado en cualquier momento con una notificación por escrito. Los servicios están abiertos a todos los estudiantes y al personal de la escuela preparatoria Central High School.

Los estudiantes pueden asistir a las citas por sí mismos. Los estudiantes serán enviados a sus casas con un resumen de su visita de atención primaria de salud si así lo solicitan. Nuestro objetivo es alentar a los estudiantes a que sus familias se involucren en su cuidado de salud y trataremos de facilitar esto cuando sea posible.

### La inscripción en el WWC puede permitir que su estudiante sea atendido y se le cobre por los siguientes servicios:

Chequeo médico anual (puede incluir pruebas de laboratorio de rutina)	Una referencia a otros especialistas de la salud
Exámenes físicos deportivos	Prevención, educación y asesoramiento sobre el uso de sustancias
Atención de resfriados comunes, otras enfermedades y de lesiones	Servicios de salud de conducta para incluir visitas de asesoramiento individual
Recetas para enfermedades bacterianas y otros medicamentos	Educación sobre alimentación saludable y ejercicio
Ayuda en el cuidado de condiciones de salud crónicas	Educación y asesoramiento en materia de salud reproductiva

### Información de inscripción

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado actual \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del estudiante \_\_\_\_\_ Número de teléfono del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\* A continuación escriba la dirección física en la que recibe el correo. Si usted NO tiene una dirección postal, marque esta casilla:

Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del estudiante \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo o hija un proveedor de atención primaria de salud (marque uno): **SÍ** **NO** En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

RAZA (ENCIERRE AL MENOS UNO)	IDIOMA PRINCIPAL (ENCIERRE AL MENOS UNO)	ORIENTACIÓN SEXUAL (ENCIERRE UNO)	ETNIA (ENCIERRE UNO)	IDENTIDAD DE GÉNERO (ENCIERRE UNO)
NEGRO O AFROAMERICANO	LENGUA DE SEÑAS AMERICANA	HETEROSEXUAL	ORIGEN HISPANO/LATINO	MASCULINO
INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	INGLÉS	BISEXUAL	ORIGEN NO HISPANO/NO LATINO	FEMENINO
ASIÁTICO	FRANCÉS	LESBIANA	NO PROVISTO	GÉNERO QUEER/NO BINARIO
BLANCO	POLACO	GAY	X	MUJER TRANSGÉNERO/ TRANSGÉNERO FEMENINA
NATIVO HAWAIANO	OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO	RUSO		HOMBRE TRANSGÉNERO/ TRANSGÉNERO MASCULINO
NO PROVISTO	ESPAÑOL	ALGO MÁS		OTRO
	OTRO	NO LO SÉ		ELIGE NO DIVULGAR
		ELIGE NO DIVULGAR		

### Consentimiento de vacuna

970-200-1603

[www.marillachealth.org](http://www.marillachealth.org)

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

Firma (Requerida) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### 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 a través del consentimiento verbal por teléfono. **Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

Firma (Requerida) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Programa Sonrisas Saludables

El centro de salud integrado brinda atención dental. No habrá **ningún cargo (copago de \$0)** por los servicios mencionados en la lista de aquí abajo. Por favor marque en qué le gustaría que participara su hijo o hija.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba un examen de salud oral. \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba la aplicación de barniz de fluoruro. \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No

Los siguientes servicios están cubiertos por un seguro dental. Si usted no tiene seguro, los servicios mencionados aquí abajo solo costarán **\$20 para la visita.**

- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba una limpieza dental. \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No
- Doy mi consentimiento para que mi hijo o hija reciba radiografías dentales. \_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No

¿Cuándo fue la última visita de su hijo o hija al dentista?

\_\_\_\_ Hace de 0-6 meses      \_\_\_\_ Hace de 6-12 meses      \_\_\_\_ Hace más de un año      \_\_\_\_ Nunca

¿Tiene su hijo o hija un hogar dental (por favor marque): **SÍ NO** En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

### Arreglos Financieros

Los estudiantes y el personal pueden buscar ser atendidos en el Warrior Wellness Center. Le mandaremos la factura a su compañía de seguro como sea correspondiente. El costo máximo de bolsillo que pagará por visita es de \$20 y esto incluye:

- Examen médico anual (Chequeo de niño sano)
- Exámenes físicos deportivos
- Visitas de vacunación
- Todas las demás visitas médicas
- Visitas dentales
- Visitas de la salud de conducta (\$5)

Por favor proporcione el tipo de seguro <b>Médico</b> y la identificación de miembro de su estudiante:	Por favor proporcione el tipo de seguro <b>Dental</b> y la identificación de miembro de su estudiante:
<input type="checkbox"/> Número de Medicaid _____	<input type="checkbox"/> Número de CHP+ DentaQuest _____
<input type="checkbox"/> Número de identificación de CHP+ _____	<input type="checkbox"/> Tarjeta Marillac _____
<input type="checkbox"/> Tarjeta Marillac _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro (no tiene seguro) _____
<input type="checkbox"/> Sin seguro (no tiene seguro médico) _____	<input type="checkbox"/> Nombre del seguro de salud privado _____
<input type="checkbox"/> Nombre del seguro de salud privado _____	Número de identificación _____
Número de identificación _____	Número de grupo _____
Número de grupo _____	Suscriptor asegurado _____
Suscriptor asegurado _____	Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____
Fecha de nacimiento _____ Relación con el estudiante _____	

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

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 Marillac Health: <https://marillachealth.org/hipaapolicy/>.

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 está legalmente capacitado para recibir información sobre los servicios prestados a los pacientes.

CDPHE recibe datos combinados para todos los pacientes, y **estos datos no identifican a ningún paciente individual o información de identificación del paciente.**

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

Yo/Nosotros estamos de acuerdo con los requisitos de inscripción de WWC \_\_\_\_\_ Iniciales

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_