

Estimado padre o Guardianes:

Nos complace informarle que la escuela secundaria Andrew Hill tiene un centro de salud escolar (SBHC). El SBHC está dirigido por Bay Area Community Health (BACH) y cuenta con profesionales médicos y de salud mental de BACH.

Tenga en cuenta que su hijo puede utilizar el centro de salud escolar y consultar a sus otros médicos también. Firmar este consentimiento no cambia su seguro, no cambia su médico privado y no afecta la cantidad de veces que su hijo puede ver a su médico de cabecera.

En el Centro de salud escolar, su hijo puede recibir los servicios que se enumeran a continuación a bajo costo o sin costo alguno para usted, independientemente del estado del seguro. El SBHC puede facturar al seguro; sin embargo, para la mayoría de los servicios, no hay copagos para usted y no recibe una factura

Los servicios del centro de salud escolar incluyen:

- Exámenes físicos completos
- Medicamentos y recetas
- Pruebas de laboratorio médico; Vacunas
- Atención médica, incluido el tratamiento de afecciones agudas y crónicas.
- Cuidado dental
- Asesoramiento y servicios de salud mental
- Exámenes de visión, audición, asma, obesidad y otras afecciones médicas;
- Educación y Consejería para la Salud

Para registrar a su hijo para los servicios de nuestro Centro de salud escolar, lea, firme y devuelva el formulario de consentimiento de los padres.

Esperamos conocerlo y brindar servicios de salud a su hijo. No dude en visitarnos en el Centro de salud escolar o llámenos al 408-347-4240 para obtener más información.

Atentamente,

Bay Area Community Health



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

3200 Senter Rd, San Jose, CA 95111 **Envíe el formulario completo por correo electrónico al buzón seguro en: bh.sbhch@bach.health

Por favor, tenga en cuenta que su hijo/a puede utilizar el Centro de Salud Escolar y también visitar a sus otros médicos. El firmar este consentimiento no cambia su seguro médico, no altera la relación con su médico privado, y no afecta la cantidad de veces que su hijo/a puede visitar a su médico privado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN DE LOS PADRES
<p>Apellido del Estudiante: _____</p> <p>Nombre del Estudiante: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año</p> <p>Dirección del Estudiante: _____ _____ _____ Ciudad Estado Código Postal</p> <p>Correo Electrónico del Estudiante: _____</p> <p>*Número de Seguro Social del Estudiante: _____</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____</p> <p>Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿Listar el médico habitual del estudiante, si lo tiene? Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____</p> <p>Indique la farmacia donde podemos enviar las recetas. Farmacia _____ Dirección de la Farmacia: _____ Teléfono de la Farmacia: _____</p> <p>*Indica un campo opcional: Utilizado solo con fines de seguro.</p>	<p>Padre/Tutor Legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de Casa/Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año</p> <p>Padre/Tutor Legal: Apellido: _____ Nombre: _____ Teléfono de Casa/Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Si es tutor legal, relación con el estudiante: <input type="checkbox"/> Abuelo/Abuela <input type="checkbox"/> Tío/Tía <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adoptivo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ Teléfono de Casa/Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____</p> <p>Idioma Preferido del Padre/Tutor Legal: _____</p> <p>CONTACTO DE EMERGENCIA ADICIONAL Nombre: _____ Relación con el Estudiante: _____ Teléfono de Casa o Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____</p>
INFORMACIÓN DE ASEGURANSA	
<p>¿Su hijo/a tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: N° de identificación: _____</p> <p>¿Su hijo/a tiene otro seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Plan de Salud: _____ N° de miembro/Número de póliza: _____ Teléfono del Seguro Médico: _____</p>	<p>Si su hijo/a no tiene seguro médico, ¿le gustaría que un representante se ponga en contacto con usted para ayudarlo a obtener un seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuál es el mejor momento para contactarlo? _____</p>

