



Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield
Salud Escolar y Bienestar
Centro de Bienestar del B.C.S.D. y ACE Eyecare Inc.
Paquete de Inscripción

Para uso de la oficina
solamente
SID y Escuela

Nombre del estudiante: _____ F.D.N.: _____ / _____ / _____ Sexo: M / F

SERVICIOS MÉDICOS/DE SALUD:

- SÍ**, yo doy permiso para que mi estudiante reciba **cuidado médico/de salud**, con o sin mi presencia, en los Centros de Bienestar del B.C.S.D. incluyendo un examen de rutina del niño/físico (exámenes físicos periódicos de bienestar), inmunizaciones apropiadas y tratamiento para alguna enfermedad o herida incluyendo medicamentos, al menos que sean necesarios los servicios de emergencia. (ver descripción del programa para más detalles)
- NO**, no doy mi permiso para que mi estudiante reciba **cuidado médico/de salud** en los Centros de Bienestar del B.C.S.D.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL/COMPORTAMIENTO:

- SÍ**, doy mi permiso para que mi estudiante reciba **servicios de salud mental/comportamiento**, con o sin mi presencia, en los Centros de Bienestar del B.C.S.D., incluyendo destrezas sociales, terapia en grupo, terapia individual, o terapia en familia. (ver descripción del programa para más detalles)
- NO**, no doy mi permiso para que mi estudiante reciba **servicios de salud mental/comportamiento** en los Centros de Bienestar del B.C.S.D.

SERVICIOS DE VISIÓN:

- SÍ**, doy mi permiso para que mi estudiante reciba **servicios de la vista**, con o sin mi presencia, proporcionados por ACE Eyecare, Inc. en los Centros de Bienestar del B.C.S.D., los cuales pueden incluir exámenes completos de la vista que incluyen dilatación, ajuste y dispensación del uso correctivo de la vista (lentes). (ver descripción del programa para más detalles)
- NO**, no doy mi permiso para que mi estudiante reciba **servicios de la vista** proporcionados por ACE Eyecare, Inc. en los Centros de Bienestar del B.C.S.D.

TRANSPORTE:

- SÍ**, doy mi permiso para que mi estudiante sea **transportado/acompañado** por un empleado del B.C.S.D. hacia y desde servicios médicos, dentales, de la vista, de salud de comportamiento/mental. Yo, el padre/tutor del estudiante nombrado arriba, libero al Distrito Escolar de la Ciudad de Bakersfield, sus Miembros de la Mesa Directiva, empleados y agentes autorizados y representantes de cualquier responsabilidad relacionada con lesiones personales o daños resultantes del transporte de mi hijo hacia y desde los Centros de Bienestar del BCSD y servicios relacionados.
- NO**, no doy mi permiso para que mi estudiante sea **transportado/acompañado** a/de los Centros de Bienestar del B.C.S.D. y servicios relacionados.

PERMISO ADICIONAL

- Doy permiso para ser contactado por los Centros de Bienestar del B.C.S.D. por email, teléfono, correo de voz, y/o mensajes de texto.

Al firmar este consentimiento, estoy de acuerdo con la presentación de reclamos a mi compañía de seguro médico por los servicios brindados a mi estudiante por enfermeras escolares, logopedas, psicólogos escolares, trabajadores sociales escolares, ACE Eyecare Inc. y el personal del Centro de Bienestar del B.C.S.D. Entiendo que **no habrá costo para mí por los servicios prestados a mi estudiante** por el personal de salud del B.C.S.D. Asigno todos los beneficios médicos a los que tengo derecho ACE Eyecare Inc y B.C.S.D. Autorizo a dicho beneficiario a divulgar toda la información necesaria para garantizar el pago. Esta asignación permanecerá vigente hasta que la revoque por escrito. He leído y acepto el Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida del B.C.S.D y Ace Eyecare Inc, según se explica en la Descripción del Programa que se encuentra en la Guía para Padres y Estudiantes y en los Centros de Bienestar del B.C.S.D.

Firma del Padre/Tutor

Fecha de hoy

Centros de Bienestar del B.C.S.D. y ACE Eyecare Inc.
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del estudiante: _____ F.D.N.: ____ / ____ / ____ Sexo: M / F

Dirección: _____ Código postal: _____

Número de seguro social del estudiante: _____

Nombre de seguro médico: _____ Número de seguro médico: _____

Nombre del padre/tutor: _____ F.D.N.: ____ / ____ / ____

Relación al estudiante: _____ Últimos 4 números del SS del padre/tutor: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Método preferido de comunicación (circular): Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Médico o clínica regular: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Fecha del último examen físico completo del estudiante (de pies a cabeza): ____ / ____ / ____

** ¿Desea que se entregue una copia del examen físico a su médico o clínica? **SÍ** **NO**

Dentista o clínica regular: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Fecha del último examen dental del estudiante: ____ / ____ / ____

Doctor de la vista regular: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Fecha del último examen de la vista del estudiante: ____ / ____ / ____

Farmacia preferida: _____ Sitio/Calle: _____

Firma del padre/tutor

Fecha de hoy

Centros de Bienestar del B.C.S.D y ACE Eyecare Inc.
HISTORIAL MÉDICO

*Para uso de la oficina
solamente
SID y Escuela*

Nombre del estudiante: _____ F.D.N. ____/____/____

CIRCULAR "Y" para Sí o "N" para No:

CIRCULAR Quién:

Abuso de Alcohol/Drogas	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
ADHD	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Asma	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Anemia	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Mojar la cama	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Defectos congénitos	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Ceguera	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Problemas de los huesos	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Cáncer	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Cataratas	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Diabetes	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Oído/Nariz/Garganta	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Problemas de la vista	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Glaucoma	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Enfermedad cardíaca	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Hipertensión	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Colesterol alto	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Problemas de articulaciones	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Enfermedad del riñón	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Plomo	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Enfermedad del hígado	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Enfermedad de pulmón	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Migrañas	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Trastornos metabólicos	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Obesidad	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Desprendimiento retinal	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Alergias estacionales	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Problemas del estómago	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Convulsiones	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Piel/Acné	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Embolia	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Tiroides	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)
Comportamiento/Mental	Y	N	Estudiante	Hermano	Hermana	Padre	Abuelo(a)

Otras preocupaciones: _____

Firma del padre/tutor

Fecha de hoy

Centros de Bienestar del B.C.S.D. y ACE Eyecare Inc.
HISTORIAL MÉDICO (continuado)

Para uso de la oficina
solamente
SID y Escuela

Nombre del estudiante: _____ F.D.N. ____/____/____

FAVOR DE ESCRIBIR Y MARCAR CUALQUIER ALERGIA

CIRCULAR REACCIÓN

- | | | | |
|--|------|----------|--------|
| <input type="checkbox"/> Medicamento(s) _____ | leve | moderada | severa |
| <input type="checkbox"/> Comida(s) _____ | leve | moderada | severa |
| <input type="checkbox"/> Insecto(s) _____ | leve | moderada | severa |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores | | | |

ENUMERAR LOS MEDICAMENTOS ACTUALES Y ANTERIORES DEL ESTUDIANTE (si necesita más espacio, usar el reverso de esta página)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. _____ | ACTUAL | ANTERIOR |
| 2. _____ | ACTUAL | ANTERIOR |
| 3. _____ | ACTUAL | ANTERIOR |
| 4. _____ | ACTUAL | ANTERIOR |

HISTORIAL DEL EMBARAZO (CON ESTE HIJO)

Nombre del hospital y ciudad donde nació: _____

Edad de la madre (durante el embarazo) _____ Hijo(a) # 1 2 3 4 5 6 o _____

¿Cuidado médico prenatal durante el embarazo? Sí _____ No _____ ¿Lloró el bebé de inmediato? Sí _____ No _____

¿Drogas/Alcohol/Fumar durante el embarazo? Sí _____ No _____ ¿Nacimiento prematuro? Sí _____ No _____

¿Duración del embarazo? _____ meses

Parto: Normal Fórceps Cesárea (planeada / no planeada)

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. Medida de largo al nacer: _____ pulgadas

PREGUNTAS DE LA VISTA:

¿Alguna vez su estudiante tuvo que usar un parche en el ojo? Sí _____ No _____

¿Actualmente su estudiante usa lentes? Sí _____ No _____

¿A qué edad comenzó el estudiante a usar lentes? _____

EVALUACIÓN DE RIESGOS DE TUBERCULOSIS (TB) (marcar todos los que apliquen):

- Nacimiento, viaje o residencia en un país que no sea Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda o un país del oeste o el norte de Europa por lo menos 1 mes
- Inmunosupresión, actual o planeado
 - Infección por VIH, receptor de trasplante de órgano, tratado con antagonista del TNF-alfa, esteroides u otro medicamento inmunosupresor
- Contacto cercano a alguien con TB infecciosa durante su vida.
- Ninguno de los anteriores.

PREOCUPACIONES ESCOLARES (favor de circular Sí o No):

¿Su estudiante tiene problemas de aprendizaje? Sí _____ No _____ ¿Su hijo está en clases especiales? Sí _____ No _____

¿Ha repetido su estudiante un grado? Sí _____ No _____ ¿Su hijo se mete en problemas a menudo en la escuela? Sí _____ No _____

Firma del padre/tutor

DW/ib 5/2018

Fecha de hoy