

Centro de Salud \_\_\_\_\_

**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery**  
**Enlaces del Aprendizaje - Centro de Salud Escolar**

**Formulario de Inscripción**

Por favor complete los dos lados

#de ID del Estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Seguro Social \_\_\_\_\_ - - - - - Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

País de Nacimiento \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

Padre de Familia/Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Relación del Contacto de Emergencia con el niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Doy mi permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, se inscriba en el Centro de Salud Escolar de Enlaces para el Aprendizaje. Doy mi consentimiento para que él/ella reciba servicios que pueden incluir examen físico completo, tratamiento para problemas de salud agudos y crónicos, exámenes diagnósticos limitados, evaluación dental, educación de salud, servicios de salud mental, y dirección de casos.

- El padre de familia/guardián puede o no estar presente cuando los servicios sean provistos, pero será notificado/a por teléfono o con una nota cuando el estudiante reciba servicios en el Centro de Salud Escolar.
- Todos los documentos del Centro de Salud son confidenciales y solamente el personal del Centro de Salud tendrá acceso a ellos.
- Los servicios en el Centro de Salud serán proporcionados por personal del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery, o personas que tengan contrato con éste.
- Yo autorizo que se de cualquier información médica u otra que sea necesaria para procesar para reclamos del seguro si se amerita, y autorizo el pago de beneficios médicos por los servicios administrados en el Centro de Salud del Condado de Montgomery.

Yo entiendo la descripción de los servicios y políticas del Centro de Salud mencionados arriba y doy permiso para que mi hijo/a se inscriba y reciba los servicios en el Centro de Salud Escolar de Enlaces para el Aprendizaje. Yo entiendo que este permiso puede ser terminado en cualquier momento dando una nota por escrito.

Firma del Padre de Familia/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_