

SEATTLE KING COUNTY PUBLIC HEALTH SCHOOL BASED HEALTH REGISTRATION

Fecha _____ ID estudiantil # _____

Nombre: _____ Apellido(s) _____ Segundo nombre _____ Sufijo: Sr, Sra, Srta

Nombre preferido / apodo: _____ SS# (Opcional): _____ - _____ - _____

Genero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Telefono domiciliario: _____ autoriza llamados o mensajes de texto a este #? Si No

Telefono celular del estudiante: _____ autoriza llamados o mensajes de texto a este #? Si No

Idioma: necesitas un interpreter? Si No Indique su lengua materna o idioma? _____

Estatus del Hogar: En el ultimo año, has vivido en un hogar seguro y estable? Si No

√todo lo aplicable: Vivienda transitoria Viviendo con otros Albergue

Calles/Campamentos/Puentes Otros

Si otros, por favor, describa: _____

Etnia: Hispanico/Latino No-Hispanico/Latino Declino responder

Raza: √todo lo aplicable: Asiatico Nativo de Alaska Indigena Americano Afro-Americano

Isleño del Pacifico Declino responder

Fecha de su ultimo examen medico? _____ **Fecha de su ultimo examen dental?** _____

Doctor de cabecera: actualmente tienes un Dr/Dra de cabecera o primario? Si No

Si lo tiene, Nombre y Apellido del Dr/Dra: _____ A que clinica concurre? _____

Covertura/Seguro Medico

Tiene covertura o seguro medica o dental?

Si (Si es posible, presente su tarjeta de seguro medico /dental al registrarse) **No**

Señale todo lo aplicable:

Apple Health (Medicaid) Comercial/Seguro Privado Otros _____

Contacto de Emergencia:

Nombre y apellido: _____ Relacion: _____

Tutor Legal Si No telefono# _____ telefono alternativo# _____

Si **NO** es su tutor legal, que relacion tiene? _____ telefono# _____

Por favor, responda sobre las siguientes preguntas sobre el historial medico/mental, del estudiante

El estudiante tiene alguna condicion medica o mental de preocupacion?

El estudiante tiene algun tipo de alergia a comidas/medicaciones/insectos/otros?

El estudiante toma algun medicamento regularmente? _____ cuales medicamentos? _____

Alguien en la familia del estudiante, tiene las siguientes condiciones de salud (**Marque todo lo que corresponda**).

Para cualquier respuesta positiva ,por favor indique la relacion(madre/padre/hermana/o/tia/o/abuelos/as, y la edad en que aparecio

_____ Asma _____ Diabetes _____ problemas del corazon/derrame _____ problemas de salud

mental/Suicidio _____ Alcohol o uso de productos quimicos _____ Cancer _____ convulsiones

_____ presion alta _____ colesterol elevado _____ Muerte prematura (antes de 50 años)

_____ coagulo de sangre