

# 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