

**Student's Information/Información del estudiante**

First Name Primer Nombre	Middle Name Segundo Nombre	Last Name Apellido	Suffix Sufijo
Social Security Number Número de Seguro Social		Date of Birth Fecha de Nacimiento	Male/Hombre <input type="checkbox"/> Female/Mujer <input type="checkbox"/>
		(MM/DD/YYYY)	

**Health Insurance/seguro de salud**

<input type="checkbox"/> Private Health Insurance Seguro Medico privado	<input type="checkbox"/> Medical Assistance Asistencia Medica	<input type="checkbox"/> Maryland Children's Health Program Programa de salud para niños de Maryland	<input type="checkbox"/> None Ninguno
--	--	---	--

**Parent's information/Información del Padres**

First Name Primer Nombre	Middle Name Segundo Nombre	Last Name Apellido	Suffix Sufijo
Current Address Dirección Actual	City Ciudad	State Estado	ZIP Code Codigo Postal
Home phone number Número de teléfono de casa	Work phone number Número de teléfono del trabajo	Cell phone number Número Celular	
E-mail Correo electrónico			

**Emergency Contact/Contacto de emergencia**

Name Nombre	Phone Number Número de teléfono
Relationship Relación	Alternate Phone Number Número de teléfono alternativo

**Primary Care Providers:** Names and telephone numbers of **student's** primary care doctor and dentist:

**Proveedores de atención primaria:** Nombres y números de teléfono del médico de atención primaria y dentista del **estudiante:**

Primary Care Doctor's Name Nombre del médico de atención primaria	Dentist's Name Nombre del dentista
--	---------------------------------------

**Authorization**

I grant permission for my child to enroll in the School-Based Health Center Program. I consent to his/her receiving services which may include: routine exams/screenings, health and wellness education, limited laboratory and diagnostic tests, diagnosis and treatment of illness, treatment of minor injuries, immunizations, medication prescriptions and referrals for health care services that cannot be provided by the SBHC.

I authorize Frederick County Public Schools and the Department of Housing and Human Services, which operates the School-Based Health Center Program to exchange pertinent medical information pertaining to my child's care and treatment including, but not limited to school enrollment information, immunization records, health records, treatment plans, and other information that facilitates the coordination and continuity of care.

I authorize the Department of Housing and Human Services to exchange pertinent medical information such as any treatment received at the School-Based Health Center with my private doctor or dentist in order to promote the coordination and continuity of care.

Yo le doy permiso a mi hijo (a) para inscribirse en el programa del Centro de Salud para niños Ubicado en la Escuela. Yo autorizo servicios que pueden incluir, pero no se limitan a: examen de rutina incluyendo físico de deportes, Tratamiento de lesiones, Vacunación, Diagnóstico y tratamiento de enfermedades a corto plazo y largo plazo, Prescripciones medicas Referencias a servicios de atención médica que no pueden proveerse en el SBHC

Yo autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Frederick y el Departamento de Vivienda y Servicios Humanos que operan el programa del Centro de Salud para Niños ubicado en la escuela a intercambiar pertinente información médica y tratamientos relativos a mi niño(a) incluyendo pero no limitado a la información de inscripción escolar, registros de vacunación, registros de salud, planes de tratamiento y otra información que facilite la coordinación y la continuidad de la atención.

Yo autorizo el Departamento de Vivienda y Servicios Humanos a intercambiar información médica como cualquier tratamiento recibido en el Centro de Salud Ubicado en la Escuela con mi médico privado o dentista a fin de promover la coordinación y la continuidad de la atención.

Parent/Guardian Signature Firma del Padre/ Tutor Legal	Date Fecha
---	---------------

Name of School:

Student ID number: