



Child's Name: _____ DOB: _____

SCHOOL-BASED WELLNESS CENTER INFORMATION FORM (NEW CLIENT)

If you would like your child to participate in the Life Health Center School-Based Wellness Program, please complete pages 1,3, 5. IF YOU ARE CURRENTLY PARTICIPATING IN THE WELLNESS CENTER, PLEASE COMPLETE PAGE 5 & 7 ONLY.

Student Name _____ Date of Birth ___/___/___ Sex: Male Female

Address _____
Street City State Zip

School _____ Teacher _____ Grade _____ Room _____

What is your child's ethnic background?

- Black/African-American
- Hispanic: Mexican Puerto-Rican Cuban Dominican Other _____
- White/Non-Hispanic
- Middle Eastern or African
- American Indian
- Asian/Pacific Islander
- Multi-racial
- Other _____

Best ways to contact you:

	Legal Guardian #1	Legal Guardian #2
Name		
Home phone number		
Best time (circle one)	Morning Afternoon Night Anytime	
Cell phone number		
Work number		
Email address		
Best Language?	English Spanish Other _____	English Spanish Other _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

Name: _____ Relationship to Child: _____ Phone Number: _____

Name: _____ Relationship to Child: _____ Phone Number: _____

Centro de Bienestar (Wellness) forma para los clientes nuevos



Child's Name: _____ DOB: _____

Si desea que su hijo/ a participe en el programa de bienestar escolar del centro de salud de vida, por favor complete las páginas de 2, 4, 6. Si su hijo esta actualmente participando en nuestro programa, por favor complete solo las paginas 6, 8.

Nombre del estudiante _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Sex: Masculino Femenino

Dirreccion _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Grado _____ **Salón** _____ **Escuela** _____ **Profesor** _____

Cuál es el origen étnico de su hijo/a?

- Moreno /Afroamericano
- Hispano: mexicano puertorriqueño cubano dominicano Otro _____
- Blanco/No-Hispano
- Medio Oriente o africano
- Indio Americano
- Asiático/Isla del Pacifico
- Multirracial
- Otro _____

La mejor manera de comunicarnos con usted es:

	Padre/ Madre #1	Padre/Madre #2
Nombre		
Teléfono de la casa		
¿A qué hora se puede llamar? (circula uno)	Mañana Tarde	Noche En cualquier momento
Teléfono celular		
Teléfono del trabajo		
Correo electrónico		
¿Idioma?	Ingles español Otro _____	Ingles español Otro _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre: _____ Relación con el niño _____ Núm. tel. _____

Nombre: _____ Relación con el niño _____ Núm. tel. _____

Please tell us about your child's health:

Child's Name: _____ DOB: _____

Does your child have a regular doctor? Yes No

Doctor's Name _____ Doctor's Phone number _____

Is your child allergic to penicillin? Yes No Don't know

Is your child allergic to any other medicine? Yes No Don't know

Is your child allergic to any foods? Yes No Don't know

Please list any medicines and / or foods your child is allergic to:

Please list any medicines that your child takes every day:

<i>Name of Medicine</i>	<i>Dosage</i>	<i>Diagnosis/Treating?</i>	<i>What time does your child take the medicine</i>

Does your child have any of these medical problems (please check)?

Asthma Yes No Emergency plan at school? Yes No

Diabetes Yes No Emergency plan at school? Yes No

Epilepsy/Seizures Yes No Emergency plan at school? Yes No

ADHD Yes No

Autism Yes No

Eczema Yes No

Sickle Cell Disease Yes No

Obesity Yes No

Emotional or Behavioral problems? None Yes _____

Other medical condition(s)? None Yes

Does your child wear glasses? No Yes Date of last eye exam? _____

Is there anything else we need to know about your child?



Child's Name: _____ DOB: _____

Por favor conteste estas preguntas acerca de la salud de su niño

¿Su niño tiene un doctor primario? Sí No

Nombre del doctor _____ Número de teléfono _____

Su hijo/a es alérgico a la penicilina? **Sí** **No** **No se**

Su hijo/a es alérgico a algún medicamento? **Sí** **No** **No se**

¿Su hijo es alérgico a algún medicamento? **Sí** **No** **No se**

Por favor escribe los medicamentos y comida que su hijo /a es alérgico:

Por favor indique los medicamentos que su niño toma todos los días: (Agregue otra página si es necesario)

<i>Nombre de Medicina</i>	<i>¿Cantidad de Medicamento?</i>	<i>¿Cuántas veces al día toma el medicamento?</i>

Si su hijo/a tiene algunos de estos problemas médicos? Por favor (¿marque sí o no?)

Asma Si No Plan de emergencia en la escuela? Sí No

Diabetes Si No Plan de emergencia en la escuela? Sí No

Epilepsia/Convulsiones Si No Plan de emergencia en la escuela? Si No

ADHD Si No

Autismo Si No

Eczema Si No

Enfermedad de Cedula Sí No

Obesidad Sí No

¿Problemas emocionales o de conducta? Ningunas Si

¿Otra condición médica? Ninguna Si _____

Su hijo/a usa espejuelos? No Si Fecha del último examen visual? _____

¿Hay algo que usted le gustaría dejarnos saber acerca de su niño??



Child's Name: _____ DOB: _____

RELEASE OF SCHOOL RECORDS AND CONSENT FORM

PLEASE NOTE THIS CONSENT FORM IS VALID AND EFFECTIVE FOR THIS STUDENT THROUGH THE END OF TERM OF THE 5TH GRADE UNLESS OTHERWISE REVOKED BY YOU.

This record release authorizes the Colonial School District to release to the Life Health Center and/or Nemours any Education Records, as defined in the Family Educational Rights and Privacy Act, pertaining to my child, _____ . I represent under penalty of perjury that I _____ am the legal guardian or parent. I understand I can revoke this release in writing at any time, but a revocation is not effective until received. In addition, my signature below also authorizes the Life Health Center to treat the above named child in accordance with the directions noted below.

BY SIGNING BELOW, I understand that:

- My child will participate in the Wellness Center's educational program which may contain a brief questionnaire, but will NOT receive treatment without me being contacted first.
- Life Health Center provides services through a collaboration with Nemours and Colonial School District and all the parties listed as a part of the collaboration can review and share all written and verbal information concerning your child on a need to know basis, including school records, medical records, and clinically appropriate recommendations to School administrators and instructors in the best interest of the child and family. Life Health and Nemours are also in a clinical partnership and will share information with each other as needed.
- That Life Health will only use or take a picture of my child for identification purposes.
- The Life Health Center School Wellness Program may use telemedicine (video) to provide mental and medical health services. If video is used, there will be no recording of the video.
- **The services at the Wellness Center are FREE to you, the parent, but your insurance will be billed if you have insurance. You may have to pay for things done outside of the Wellness Center like prescriptions, labs, and telemedicine visits.**

Below is a list of services that we offer. If you do NOT want your child to get any one of these services, please CROSS IT OFF the list.

Physical Health	Behavioral/Emotional Health	Lab Tests
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation and treatment of minor illness or injury • Immunizations and vaccines • Other vaccines that my child needs • General check-ups • Screening for medical problems 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation for emotional problems • Group therapy • Individual therapy • Family therapy • Observations from teachers 	<ul style="list-style-type: none"> • Blood test • Throat culture • Urine test

What is your child's health insurance? None Medicaid Private

Insurance Carrier Policy Number Group Number

NOTE: The below Parent/Legal Guardian Signature authorizes both the release of School Records to Life Health Center/Nemours and treatment of this Child by the Life Health Center/Nemours.

***Signature of Parent/Legal Guardian**

Date

*For Electronic Senders-Sending this authorization for services form using the Life Health Center website is secured by Caldera Forms and Word Press using a HIPAA compliant encryption program. Please note that sending this form or any other medical form using an unsecured method of delivery can compromise the safety and security of protected medical information. Life Health Center will not accept or be responsible for forms sent using an unsecured method of delivery.

Child's Name: _____ DOB: _____

Autorización de expediente escolar y forma de consentimiento

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO Y EFECTIVO PARA ESTE ESTUDIANTE HASTA EL FIN DEL PLAZO DEL QUINTO GRADO A MENOS QUE USTED LO REVOKE.

Esta forma autoriza al Distrito Escolar Colonial a liberar al Centro de Bienestar y Neumors cualquier record escolar, como definido en los derechos educacional de la familia y acto de privacidad perteneciente a mi niño. _____

Yo _____ represento debajo de la penalidad de perjurio que yo soy el guardián legal o el padre. Yo entiendo que yo puedo revocar este acuerdo por escrito en cualquier momento, pero la revocación no es efectiva hasta recibida. En adición, my firma abajo también autoriza al Centro de Bienestar a tratar al niño nombrado arriba con las instrucciones indicadas a continuación.

Al firmar en la forma: *Yo entiendo que:*

- Mi niño participara en el Centro de Bienestar en el educacional programa cual puede contener un breve cuestionario, pero no recibirá tratamiento si yo se contactado primero.
- El Centro de Bienestar provee servicios con la colaboración de Neumors y el distrito escolar Colonial y todas las partes listadas como parte de su colaboración pueden revisar y compartir información escrita y verbal en relación con su hijo en una necesidad de saber y conocer su expediente educativo, record medicos y hacer recomendaciones apropiadas a los adiministradores de la escuela y maestros en el mejor interés del niño y su familia. El Centro de Bienestar y Neumors están también clínicamente asociados y comparten información cada uno, cuando necesitan.
- El Centro de Bienestar solo usara o tomara foto de mi niño para propósito de identificación.
- The Life Health Center Wellness en la escuela puede usar telemedicina (video) para servicios de salud emocional y médica. Si se usa el video, no habrá grabación del video.
- El Centro de Bienestar es gratis para usted, el padre, pero su seguro será facturado si usted tiene seguro. Usted puede pagar por cosas hechas fuera de nuestro centro de bienestar (Wellness) como recetas y laboratorios.

Esta es la lista de servicios que ofrecemos. **Si no desea que su hijo/a NO reciba ninguno de estos servicios, por favor pásale una raya sobre el nombre del servicio.**

Salud Física	Conducta /Salud Emocional	Prueba de laboratorio
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y tratamiento de enfermedades o lesiones menores • Inmunizaciones y vacunas • Otras vacunas que mi hijo necesite • Revisiones generales • Exámenes de la vista • Cribado de problemas medicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación emocional problemas • Terapia de grupo • Terapia individual • Terapia familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre • Cultivo de orina • Examen de orina

Cuál es el seguro médico de su hijo/a? Ninguno Medicad Privado

Nombre del seguro médico Numero de póliza Numero de grupo

Tenedor de Póliza Numero de seguro social Fecha de nacimiento

Firma del Padre/Guardián Legal _____ **Fecha** _____



Child's Name: _____ DOB: _____

ANNUAL WELLNESS CENTER INFORMATION UPDATE

Student's Name: _____ Grade: _____ Home Phone: _____

Parent/Guardian's Name: _____ Work Phone: _____

Address: _____

IF WE ARE UNABLE TO REACH YOU, WHO SHOULD WE CALL?

Name: _____ Phone: _____

Relationship to the Student: _____

Is your child allergic to any medications? Yes No

If yes, please list:

Is your child taking any prescribed medications on a regular basis? Yes No

If yes, please list the medications and dose:

Have there been any major changes in your child's health since the last school year? (For example, a newly diagnosed illness, behavioral issues, a surgery, a hospital stay, etc.)

PLEASE UPDATE THE FOLLOWING INSURANCE INFORMATION. (If possible, provide a copy of your insurance card)

1. Do you have Private, Medicaid or No Insurance? (Please Circle one)

Please provide us with the following information *or a copy of your insurance card.*

Name of insurance company: _____

Insurance company's phone number: (____)

Policy number: _____ Group #: _____

Name of person named on insurance policy: _____ DOB: _____

Please Check One of the Following Options: (Consent is only valid for 365 days from the date of signature and will be done annually)

My child has a previous consent on file with the Life Health Center Wellness Center. I am the legal guardian of this child and continue to consent to services as outlined in the original consent. The information on this form is up to date and accurate to the best of my knowledge.

My child does not have a previous consent on file with the Life Health Center Wellness Center, but I would like to give consent. I am the legal guardian of this child and am completing the information below after reviewing the parent information and consent information provided. The staff will send a complete consent & health history form home with my child, and I will return this form to the Wellness Center.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____



Child's Name: _____ DOB: _____

ACTUALIZATION ANNUAL DE WELLNESS CENTER INFORMATION

Nombre de estudiante: _____ Grado: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre de Padres/Guardian: _____

Dirección: _____

¿SI NO PODEMOS CONTACTARLOS, A QUIEN PODEMOS LLAMAR?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación al estudiante: _____

Su hijo/a es alérgico a algún medicamento? Si No

Si lo es, por favor de liste aquí:

Su hijo/a toma medicamentos recetados regularmente? Si No

Si los toma, cual es la dosis de los medicamentos y líste los medicamentos:

¿Ha habido algún cambio importante en la salud de su hijo desde el ultimo ano escolar? (Por ejemp lo, una enfermedad recientemente diagnosticada, problemas de comportamiento, una cirugía, una hospitalización, etc.)

ACTUALICE LA SIGUIENTE INFORMACION DEL SEGURO. (Si es posible, proporcione una copia de su tarjeta de seguro)

1. Tiene seguro privado, Medicaid, o sin seguro? (Favor circule uno)

Por favor llene la siguiente información a menos que presente la copia de su tarjeta de seguro.

Nombre de la compañía de Seguro: _____

Numero de teléfono: (_ _)

Numero de póliza: _____ Grupo #: _____

Nombre de la persona del seguro: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Por favor marque una de las siguientes opciones: (El consentimiento solo es válido por 365 días a partir de la fecha de la firma y se rea lizara anualmente.)

Mi hijo tiene un consentimiento previo registrado en el Life Health Wellness Center. Soy el tutor legal de este niño y continúo a dando mi consentimiento a los servicios como se indica en el consentimiento original. La información en este formulario está actualizada y es precisa a mi leal saber y entender.

Mi hijo no tiene un consentimiento previo registrado en el Life Health Wellness Center, pero me gustaría dar su consentimiento. Soy el tutor legal de este niño y estoy completando la información a continuación después de revisar la información de los padres y el consentimiento proporcionado. El personal enviará un formulario completo de consentimiento y antecedentes de salud a casa con mi hijo, y devolveré este formulario al Wellness Center

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____