



Child's Name: _____ DOB: _____

SCHOOL-BASED WELLNESS INFORMATION FORM (NEW CLIENT)

If you would like your child to participate in the Life Health Center School Wellness Program, please complete pages 1,3, 5. IF YOU ARE CURRENTLY PARTICIPATING IN THE WELLNESS CENTER, PLEASE COMPLETE PAGE 5 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?	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION

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

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



Child's Name: _____ DOB: _____

Centro de Bienestar (Wellness) forma para los clientes nuevos

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.

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?	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro _____

Información de contacto en caso de emergencia

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

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



Child's Name: _____ DOB: _____

Please tell us about your child's health:

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 all the other medicines and 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)

Nombre de Medicina	¿Cantidad de Medicamento?	¿Cuántas veces al día toma el medicamento?

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.
- The Life Health Center 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 Medicaid 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 _____