



SOS-El Sol Wellness Center
1014 N Broadway, Santa Ana, Ca 92701

CLIENT INFORMATION

Please complete this form. The following information is for the purpose of service coordination & program evaluation and will be kept confidential. We appreciate your assistance.

Parent/Guardian:

First Name: _____ Middle Name: _____ Last Name: _____

Student/Child:

First Name: _____ MI: _____ Last Name: _____ Gender: M F

DOB: _____ Allergies: _____ Teacher: _____ Grade: _____

Type of Insurance: _____ Member ID number: _____

Street Address: _____

City: _____ State _____ Zip Code _____

Home ☎:(____) ____ - ____ Work ☎:(____) ____ - ____ Cell ☎:(____) ____ - ____

I _____, parent/legal guardian of child listed above, agree to have my child participate in school health screenings at SOS-El Sol Wellness Center. These screenings may include an assessment for vision, scoliosis, weight (Body Mass Index) and oral health. I understand that I am not designating the SOS-El Sol Wellness Center as my primary care provider if I already have one. I am aware that if my child does not currently have health insurance and/or primary medical home, medical services are available via SOS-El Sol Wellness Center. Yes No

In addition, if my child requires medical assessment/treatment for minor issues while at school, I understand that the SOS-EL Sol Wellness Center can assess my child. Yes No

Parent/ Guardian Signature _____

Date: _____

Print Name _____



SOS–El Sol Wellness Center
1014 N. Broadway, Santa Ana, CA 92701

CLIENT INFORMATION

Por favor complete este formulario. La siguiente información es para coordinar servicios y evaluar programas. Esta información será guardada confidencialmente. Apreciamos su asistencia.

Padre/Madre/Guardián:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Estudiante/Niño (a):

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____ Genero: M F

Fecha de Nacimiento: _____ Alergias: _____ Maestro: _____ Grado: _____

Tipo de Seguro Médico: _____ Numero de Miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Casa ☎:(____) ____ - ____ Trabajo ☎:(____) ____ - ____ Celular ☎:(____) ____ - ____

Yo _____, padre/madre/guardián legal del niño(a) mencionado arriba, doy mi consentimiento a que mi hijo(a) participe en los exámenes de salud en el SOS-El Sol Wellness Center. Estos exámenes pueden incluir una revisión de visión, escoliosis, peso (Índice de la Masa Corporal) y salud dental. Entiendo que no estoy designando a SOS-El Sol Wellness Center como mí proveedor de cuidado de primario si ya tengo uno. Estoy consciente que si mi hijo(a) no tiene seguro médico y/o un hogar médico, hay servicios médicos disponibles en el SOS-El Sol Wellness Center. Si No

Además, si mi hijo(a) requiere revisión medica/tratamiento para cuestiones menores mientras esta en la escuela, entiendo que el SOS-El Sol Wellness Center puede asistir/revisar a mi hijo(a). Si No

Firma de Padre/Madre/ Guardian _____

Fecha: _____

Escriba su Nombre _____



SOS–El Sol Wellness Center
1014 N. Broadway, Santa Ana, CA 92701
CLIENT INFORMATION