

# Connecticut State University Student Health Services Form

Semester Beginning School  Fall  Spring of

FOR OFFICE USE ONLY

Complete  Missing: \_\_\_\_\_

**PLEASE RETAIN A COPY OF THIS HEALTH FORM FOR YOUR RECORDS BOTH SIDES/PAGES OF THIS FORM MUST BE SUBMITTED**

Last Name	First Name	MI
Date of Birth and Birthplace:		Sex/Gender:
		Student ID #: <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>

## State of Connecticut and Connecticut State Universities REQUIRE:

**Two doses for each Measles, Mumps, Rubella & Varicella One dose of Meningitis\* Complete TB Risk and/or Test or Treatment**

Vaccine & Date Given	OR	Incidence of Disease	OR	Titer Test Results (attach lab report)	Requirements
1 Measles #1 <input type="checkbox"/> or MMR <input type="checkbox"/> Date:		Date:		Measles Titer Date:	<b>Must be</b> on or after 1 <sup>st</sup> birthday.
				Result <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<b>Must be</b> at least 28 days after 1 <sup>st</sup> immunization.
2 Mumps #1 <input type="checkbox"/> or MMR <input type="checkbox"/> Date:		Date:		Mumps Titer Date:	<b>Must be</b> on or after 1 <sup>st</sup> birthday.
				Result <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<b>Must be</b> at least 28 days after 1 <sup>st</sup> immunization.
3 Rubella #1 <input type="checkbox"/> or MMR <input type="checkbox"/> Date:		Date:		Rubella Titer Date:	<b>Must be</b> on or after 1 <sup>st</sup> birthday.
				Result <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	<b>Must be</b> at least 28 days after 1 <sup>st</sup> immunization.
4 Varicella #1 <input type="checkbox"/> <b>OR</b> Date:		Incidence of Chicken Pox Disease Date:	<b>OR</b> Provider Initials:	Varicella Titer Date:	<b>Varicella is required only for students born on or after January 1, 1980</b> #1 <b>Must be</b> on or after 1 <sup>st</sup> birthday; #2 <b>Must be</b> at least 28 days after 1 <sup>st</sup> immunization
				Result <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg	
5 <b>Meningococcal (must include groups A, C, Y&amp;W-135) if living on-campus, your most recent vaccination must be within 5 years of your 1<sup>st</sup> day of classes at the University. Please note: You will not be permitted to move in to campus housing without first providing the Student Health Service with this information.</b>					
Date(s): 1. _____ 2. _____ Brand of Vaccine: _____ <input type="checkbox"/> I will not be living on-campus. I do not require this vaccine.					

**6 TUBERCULOSIS (TB) RISK QUESTIONNAIRE - A through D To be answered by the Student**

A. Have you ever had a positive tuberculosis skin or blood test in the past? <b>If you answer, "Yes," Section 6b., "CHEST X-RAY", must be completed</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B. To the best of your knowledge have you ever had close contact with anyone who was sick with tuberculosis (TB)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
C. Were you born in one of the countries listed below? <b>If yes circle country</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
D. Have you traveled or lived for more than one month in one or more of the countries listed below? <b>If yes circle country.</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Afghanistan, Algeria, Angola, Anguilla, Argentina, Armenia, Azerbaijan, Bahrain, Bangladesh, Belarus, Belize, Benin, Bhutan, Bolivia, Bosnia & Herzegovina, Botswana, Brazil, Brunei, Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, China, China: Hong Kong Special Administrative Region, China: Macao Special Administrative Region, Colombia, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic People's Republic of Korea, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Equatorial Guinea, Eritrea, Estonia, Ethiopia, Fiji, French Polynesia, Gabon, Gambia, Georgia, Ghana, Guam, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, India, Indonesia, Iraq, Iran, Japan, Kazakhstan, Kenya, Kiribati, Kuwait, Kyrgyzstan, Lao People's Democratic Republic, Latvia, Lesotho, Liberia, Libyan, Arab, Jamahiriya, Lithuania, Madagascar, Malawi, Malaysia, Maldives, Mali, Marshall Islands, Mauritania, Mauritius, Mexico, Micronesia (Federated States), Mongolia, Morocco, Mozambique, Myanmar (Burma), Namibia, Nauru, Niue, Nepal, Netherlands, Antilles, New Caledonia, Nicaragua, Niger, Nigeria, Northern Marianas Islands, Pakistan, Palau, Panama, Papua, New Guinea, Paraguay, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Korea, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Rwanda, Saint Vincent and the Grenadines, Sao Tome and Principe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leone, Singapore, Solomon Islands, Somalia, South Africa, South Sudan, Sri Lanka, Sudan, Suriname, Swaziland, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Taiwan, Thailand, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Timor-Leste, Togo, Trinidad & Tobago, Turks & Caicos, Tunisia, Turkey, Turkmenistan, Tuvalu, Uganda, Ukraine, United Republic of Tanzania, Uruguay, Uzbekistan, Vanuatu, Venezuela (Bolivarian Republic), Viet Nam, Wallis and Futuna Islands, Yemen, Zambia, Zimbabwe Based on WHO Global TB Report 2013

**6. Prior BCG does not exempt patient from this requirement.**

If you answer **NO** to all questions no further action is required. If you answer **YES** to B, C or D of the above questions, Connecticut State University requires **that a healthcare provider** complete the following TB testing evaluation and x-ray within 6 months prior to the start of classes. (After February for Fall Semester and after July for Spring Semester.)

<b>6a. TB BLOOD TEST OR</b> <input type="checkbox"/> Interferon-gamma release assay Date:  Result: <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS	<b>6a. TB SKIN TEST</b> Use 5TU Mantoux test only.  Date Planted: Date Read:  Interpretation (if no induration, mark 0) <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS _____ mm of induration	<b>6b. CHEST X-RAY</b> Required within the past 12 months for a previous or current positive TB skin or blood test. <b>Copy of X-ray report MUST be attached. X-ray is not needed if asymptomatic AND completed full course of treatment for the positive TB test (latent TB).</b>  Chest X-ray Date: Result: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (Attach copy of report)	<b>6c. TB TREATMENT MEDICATION (with dose):</b>  Frequency: Start & Completion Dates:
--	---	---	--

**Other Vaccination History (Tetanus Booster within last 10 years and Hepatitis B series are recommended if not already completed)**

Hepatitis B #1 Date	Hepatitis B #2 Date	Hepatitis B #3 Date	Hepatitis Titer Date	Result: <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG
Last Tetanus Booster: Td <input type="checkbox"/> or Tdap <input type="checkbox"/> Date:	Other Vaccination:	Other Vaccination:	Other Vaccination:	

### Signatures

I confirm that the information above is accurate.

**Clinician Signature:**

**Date:**

**Student consent for treatment required to be signed (if you are less than 18 years of age signatures of both the student and one parent/guardian are required)**

I hereby grant permission for the Connecticut State University Health Services staff to provide me with appropriate medical and mental health treatment including medications for treatment of illnesses/injuries and to arrange for any emergency medical care if circumstances at that time make it impossible for me to make such decisions. Furthermore, I understand that University Health Services staff may disclose my student medical records and/or information from such records to appropriate University personnel and/or Emergency Contacts identified within my records in the event of a health or safety situation as determined by the Student Health Services staff.

**Signature of Student**

**Signature of Parent/Guardian**

**Date:**

## Connecticut State University Student Health Services Form

Page 2

PLEASE RETAIN A COPY OF THIS HEALTH FORM FOR YOUR RECORDS BOTH SIDES/PAGES OF THIS FORM MUST BE SUBMITTED

Student Name		Home/Personal Email Address		Student Cell Phone	
<b>Permanent Home Information</b>			<b>Notify in Case of Emergency</b>		
Home Phone		Cell/Work Phone		Name	
Street Address		Home Phone		Relationship	
City		State Zip		Cell/Work Phone	
		Street Address		City	
		City		State Zip	
<b>Personal Physician/Healthcare Provider</b>			Address:		
Name:			Telephone #:		FAX #

**Personal Medical History- Please circle all below that apply to you.**

Check here if none apply

Alcohol/Substance Abuse	Dental Problems	Mononucleosis
Anemia	Diabetes	Mumps
Anxiety/Depression/Mental illness	Gastrointestinal Conditions/IBS	Rheumatic Fever
Asthma	Gynecological Conditions	Seizures
Cancer	Hepatitis B or C Disease	Sickle Cell Disease
Cardiac Condition/Heart Murmur	High Blood Pressure	Thyroid Disorder
Coagulation/Bleeding Disorder	HIV/AIDS	Tuberculosis
Concussion	Measles	Other – please explain

**Allergies: Drugs & Other Severe Adverse Reactions - Please complete all that apply and explain reaction.**

Check here if you have no allergies

Medication	Food
Insect	Environmental
Seasonal	X-ray Contrast
Are any life threatening? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you carry an Epi Pen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Prior Hospitalizations or Surgeries - Please list dates and reasons.

Medications – Frequent or regular- Please list all prescriptions, natural and over the counter medications.

**Is there any other medical information or health concern that we should know about?** Please attach any additional information to further explain your condition(s) or concern(s).

Current Height\*\*:

Current Weight\*\*:

Last Blood Pressure (if known)\*\*:

**\*\*not required**

Student - Did you sign the Consent for Treatment on Page 1?

Please return by mail or fax to the appropriate Health Service listed below.

Central Connecticut State University  
University Health Service  
1615 Stanley Street  
New Britain, CT 06050  
860/832-1925 Fax 860/832-2579

Eastern Connecticut State University  
University Health Service  
185 Birch Street  
Willimantic, CT 06226  
860/465-5263 Fax 860/465-4560

Southern Connecticut State University  
University Health Service  
501 Crescent Street  
New Haven, CT 06515  
203/392-6300  
Upload to Health Portal  
StudentHealthEHR.southernct.edu

Western Connecticut State University  
University Health Service  
181 White Street  
Danbury, CT 06810  
203/837-8594 Fax 203/837-8583

# Connecticut State University Formulario de los Servicios de Salud Estudiantil

Semestre de inicio de clases  Otoño  Primavera

**POR FAVOR CONSEVE UNA COPIA DE ESTA FORMULARIO COMO CONSTANCA. SE DEBEN ENTREGAR AMBOS LABOS/PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.**

Apellido:	Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
Fecha y lugar de nacimiento:	Sexo/ Género:	No. de Identificación del alumno: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**El Estado de Connecticut y las Universidades Estatales de Connecticut Exigen: Dos dosis contra el sarampión, las paeras, rubéola y varicela. Una dosis contra la meningitis\* Evaluación de riesgo de tuberculosis completa y/o prueba o tratamiento.**

Vacuna y fecha en que fue dada	Incidencia de enfermedad	Resultado de prueba de título (adjuntar informe del laboratorio)	Requisitos
1 Sarampión #1 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:	Fecha:	Prueba de título de Sarampión Fecha: Resultado <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<i>Se debe aplicar</i> en o después del primer cumpleaños
Sarampión #2 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:			<i>Se debe aplicar</i> al menos 28 días después de la primera inmunización
2 Paperas #1 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:	Fecha:	Prueba de título de Paperas Fecha: Resultado <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<i>Se debe aplicar</i> en o después del primer cumpleaños
Paperas #2 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:			<i>Se debe aplicar</i> al menos 28 días después de la primera inmunización
3 Rubéola #1 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:	Fecha:	Prueba de título de Rubéola Fecha: Resultado <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	<i>Se debe aplicar</i> en o después del primer cumpleaños
Rubéola #2 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:			<i>Se debe aplicar</i> al menos 28 días después de la primera inmunización
4 Varicela #1 <input type="checkbox"/> o SRP <input type="checkbox"/> Fecha:	Incidencia de la Varicela Fecha: Iniciales del proveedor:	Prueba de título de Varicela Fecha: Resultado <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG	La dosis de varicela solo se requiere para aquellos alumnos nacidos en o luego del 1 de enero de 1980. #1 <i>Se debe aplicar</i> en o después del primer cumpleaños #2 <i>Se debe aplicar</i> al menos 28 días después de la primera inmunización.
5 Antimeningocócico (debe incluir los grupos A,C, Y y W-135). En caso de residir en el campus, la vacunación más reciente debe haber sido dentro de los 5 años previos al primer día de clases en la Universidad. Tenga en cuenta que no se admitirá el alojamiento en el campus sin la presente información de los Servicios de Salud Estudiantil. Fecha(s): 1. _____ 2. _____ Marca de la vacuna: _____ <input type="checkbox"/> No me alojare en el campus. No necesito esta vacuna			

**6. CUESTIONARIO DE EVALUACION DE RIESGO DE TUBERCULOSIS (TB). LAS PREGUNTAS DE LA A A LA D DEBEN SER RESPONDIDAS POR EL ALUMNO.**

A ¿Alguna vez resultó positivo a una prueba cutánea o de sangre de tuberculosis? Si su respuesta es "SI", completar la Sección 6b., "Radiografía de tórax".	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
B A su entender ¿Alguna vez estuvo en contacto con alguien enfermo de tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
C ¿Nació en alguno de los países que figuran a continuación? Si es así, redondee con un círculo el país.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
D ¿Ha viajado o vivido durante más de un mes en uno o más de los siguientes países? Si es así, redondee con un círculo el país.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Afghanistan,Algeria,Angola,Anguilla,Argentina,Armenia,Azerbaijan,Bahrain,Bangladesh,Belarus,Belize,Benin,Bhutan,Bolivia,Bosnia&Herzegovina,Botswana,Brazil,Brunei,Darussalam,Bulgaria,BurkinaFaso,Burundi,Cambodia,Camereroon,CapeVerde,CentralAfricanRepublic,Chad,China,China:HongKongSpecialAdministrativeRegion,China:MacaoSpecialAdministrative Region,Colombia,Comoros,Congo,Côte d'Ivoire,Democratic People's Republic of Korea, Democratic Republic of the Congo,Djibouti,DominicanRepublic,Ecuador,ElSalvador,EquatorialGuinea,Eritrea,Estonia,Ethiopia,Fiji,FrenchPolynesia,Gabon,Gambia,Georgia,Ghana,Guam,Guatemala,Guinea,Guinea-Bissau,Guyana,Haiti,Honduras,India,Indonesia,Iraq,Iran,Japan,Kazakhstan,Kenya,Kiribati,Kuwait,Kyrgyzstan,LaoPeople'sDemocratic Republic,Latvia,Lesotho,Liberia,Libyan,Arab,Jamahiriya,Lithuania,Madagascar,Malawi,Malaysia,Maldives,Mali,Marshall Islands,Mauritania,Mauritius,Mexico,Micronesia(FederatedStates),Mongolia,Morocco,Mozambique,Myanmar(Burma),Namibia,Nauru,Niue,Nepal,Netherlands,Antilles,NewCaledonia, Nicaragua,Niger,Nigeria,NorthernMarianasIslands,Pakistan,Palau,Panama,Papua,NewGuinea,Paraguay,Peru,Philippines,Poland,Portugal,Qatar,Republic of Korea,Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Rwanda, Saint Vincent and the Grenadines, Sao Tome and Principe,Senegal,Serbia,Seychelles,SierraLeone,Singapore,SolomonIslands,Somalia,SouthAfrica,SouthSudan,SriLanka,Sudan,Suriname,Swaziland,Syrian,ArabRepublic,Tajikistan,Taiwan, Thailand,The former Yugoslav Republic of Macedonia,TimorLeste,Togo,Trinidad&Tobago,Turks&Caicos,Tunisia,Turkey,Turkmenistan,Tuvalu,Uganda,Ukraine,United Republic of Tanzania,Uruguay,Uzbekistan,Vanuatu, Venezuela(Bolivarian Republic),Viet Nam, Wallis and Futuna Islands,Yemen,Zambia,Zimbabwe Based on WHO Global TB Report 2013

**6. Contar con la BCG previamente no exime al paciente de cumplir con este requisito** Si su respuesta fue **NO** a todas las preguntas, no se requieren **más acciones**.

Si su respuesta fue **SI** a las preguntas de la B a la D, la Universidad Estatal de Connecticut exige que un prestador médico completa el siguiente examen de evaluación de TB. Pruebas de tuberculosis, evaluación y radiografías dentro de los 6 meses anteriores al inicio de las clases. (Después de febrero para el semestre de otoño y después de julio para el semestre de primavera.)

<b>6a. ANÁLISIS DE SANGRE PARA TB</b> <input type="checkbox"/> Ensayo de liberación de interferón-gamma Fecha: Resultado: <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS	<b>6a. PRUEBA CUTANEA DE TB solo aplicar la prueba STU Mantoux.</b> Fecha de administracion: Fecha de lectura: Interpretación: (si no existe induración, marque 0) <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS _____mm de interpretación	<b>6B. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX</b> requerida en los últimos 12 meses por prueba cutánea o de sangre de tuberculosis positiva actual o anterior. <b>Se DEBE adjuntar una copia del informe de la radiografía. Si el paciente es asintomático y ha completado el tratamiento para la prueba de TB positiva (TB latente), la radiografía no es necesaria.</b> Fecha de radiografía de tórax: Resultado: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal (Adjuntar copia del informe)	<b>6C. Tratamiento para la TB MEDICACION (con dosis):</b> Frecuencia: Fecha de inicio y de finalización:
---	---	---	--

**Historial de otras vacunas (Se recomienda el refuerzo contra el tetanos en los últimos 10 años y la serie completa de hepatitis B si aun no las ha recibido).**

Hepatitis B #1 Fecha:	Hepatitis B #2 Fecha:	Hepatitis B #3 Fecha:	Prueba de título de hepatitis B Fecha: Resultado: <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> POS
Ultimo refuerzo contra el tetanos: Fecha:	Otras vacunas:	Otras vacunas:	Otras vacunas:

Firmas

Confirmo que la información anterior es correcta

Firma del médico:

Fecha:

**Se requiere la firma del alumno para que se lo asista. (Si usted es menor de 18 años, la firma del alumno deberá estar acompañada por la firma de uno de los padres o un tutor)**

Por medio de la presente, autorizo al personal de los Servicios de Salud de la Universidad Estatal de Connecticut a proporcionarme el tratamiento médico y salud mental, incluida la medicación para el tratamiento de enfermedades/ heridas, y a llevar cabo cualquier atención médica de emergencia si las circunstancias me impidieran tomar tal decisión. Asimismo, entiendo que el personal de los Servicios de Salud de la Universidad podrá divulgar mi historial médico, y/o información que contenga el mismo, al personal universitario que corresponda y/o a los contactos de emergencia designados en mi historial ante un situación de salud o seguridad, si así lo determinara el personal de los Servicios de Salud de la Universidad.

Firma del alumno:

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha:

**POR FAVOR CONSEVE UNA COPIA DE ESTA FORMULARIO COMO CONSTANICA. SE DEBEN ENTREGAR AMBOS LABOS/PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO.**

Nombre del alumno: Correo electrónico de casa/personal: Teléfono celular del alumno:

Información de residencia permanente			Notificar en caso de emergencia		
Teléfono del hogar:	Teléfono celular/laboral:		Nombre:	Parentesco:	
Direccion:			Teléfono del hogar:	Teléfono celular/laboral:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Direccion:		
Medico personal / prestador de servicios de salud			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Nombre:			Direccion:	Numero de Teléfono:	Numero de Fax:

**Historial medico personal: por favor, haga un circulo en todas las opciones que correspondan**

**Maque aqui si ninguna aplica**

- |                                      |  |                               |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| Consumo de sustancias/ alcohol       | Problemas odontologicos  | Mononucleosis                 |
| Anemia                               | Diabetes   | Paperas                       |
| Ansiedad/depresion/trastorono mental | Afeccion gastrointestinal/ Sindrom del intestino irritable (IBS) | Fiebre reumatica              |
| Asma                                 | Afecciones ginecologicas   | Convulsiones                  |
| Cancer                               | Hepatitis B or C   | Anemia Drepanocitica          |
| Afeccion cardiaca/ Soplo cardiaco    | Hipertension   | Trastorno de tiroides         |
| Trastorno de coagulacion/hemorragico | VIH/SIDA   | Tuberculosis                  |
| Concusion                            | Sarampion  | Otros. Por favor, especifique |

**Alergias: drogas y otras reacciones adversas severas. Por favor, complete todas las que correspondan y explique la reccion.**

**Maque aqui si usted no tiene alergias.**

Medicacion	Alimentos
Insectos	Entorno
Estacional	Constraste para rayos-x
<b>¿Alguna es potencialmente mortal?</b>	<b>¿Lleva con usted un EpiPen?</b>

Internaciones o cirugias previas. Por favor, detalle las fechas y las razones.

Medicamentos- Frecuentes o regulares. Por favor, detalle todos los medicamentos recetados, naturales y de venta llibre.

**¿Alguna orta informacion medica o sobre su salud que debemos saber?** Por favor, adjunte cualquier informacion adicional que pueda explicar mejor su afeccion(es) o su problema(s).

Altura actual\*\*: Peso actual\*\*: Ultima presion arterial (si se conoce)\*\*:

**\*\*no se requiere**

**Alumno- ¿Firmo el consentimiento para recibir tratamiento de la pagina 1?**

Por favor, devolver por correo electronico o por fax al Servicio de Salud que corresponda de los que se detallan a continuacion:

Universidad Estatal del sur de Connecticut  
 Servicios de salud de la Universidad  
 501 Crescent Street  
 New Haven. CT 06515  
 203-392-6300  
 Sube al Portal de Salud:  
[studenthealth.southernct.edu](http://studenthealth.southernct.edu)