

FORMA DE AUTORIZACION DEL PADRE PARA
EL CENTRO DE SALUD SITUADO EN LA ESCUELA
ELSIE ALLEN HIGH SCHOOL

Autorizacion Informada para Tratamiento y
Otros Cuidados de Salud Preventivos

Nombre del Estudiante _____ Grado _____
Domicilio _____ N° del tel. _____
Ciudad _____ Codigo Postal _____
Fecha de Nacimiento del Estudiante _____ N° del Seguro Social _____
Nombre del Padre/Guardian _____ Relacion _____
Domicilio (si es diferente) _____
Nombre de Compania de trabajo del Padre/Guardian _____
Otro numero de contacto _____

Servicios Medicos:

- Tratamiento de enfermedades menores (inflamacion de garganta, dolor de oido y dolor de cabeza, etc. incluyendo recetas y/o distribucion de medicamentos.
 - Tratamiento de lastimaduras menores (torceduras, cortadas y heridas)
 - Chequeos fisicos para deportes y trabajo
 - Vacunas tal como las del Polio, Td, Tdap, Hepatitis B, Hepatitis A, Meningococcal, HPV, Varicella, MMR y la Influenza
 - Pruebas para la tuberculosis (PPD)
 - Pruebas de laboratorio (anemiam, orina, etc.)
 - Diagnostico y tratamineto para enfermedades transmitidas sexualmente
 - Servicios educaivos de salud preventive, incluyendo la del abuso de sustancias
 - Referncias para enfermedades/ casos que no sean apropias para ser tratados en el centro de salud
 - Servicios de salud mental, tal como conserjeria de crisis y preocupaciones emocionales
- + Yo autorizo que mi hijo/ hija menor reciba conserjeria individual
Por un terapeuta licenciada o un terapeuta no licenciada supervisada.
(Iniciales de Padre/Guardian) _____ Si _____ No _____

Yo doy mi autorizacion para que la Oficina de Salud de la escuela proporcione informacion a los empleados del Centro de Salud incluyendo vacunas y resultados de pruebas exigidas. Yo doy mi autorizacion para que los empleados del Centro de Salud se comuniquen con la Oficina de Salud de la escuela, para que contribuya a un plan de tratamiento beneficioso para el estudiante.

Yo he leido y completado esta forma de autorizacion para mi hijo/a. Esta autorizacion es valida hasta que mi hijo/a cumple dieciocho anos. Yo tambien entiendo que la autorizacion puede ser retirada o modificada en cualquier momento en escrito o con una notificacion verificada. Yo autorizo al personal del Centro de Salud Elsie Allen que provean los servicios mencionadas arriba.

Escriba el nombre del padre/guardian _____
Firma del padre/guardian _____ Fecha _____
Firma del estudiante _____ Fecha _____
¿Es su hijo/a alergico a alguna medicina? Si _____ No _____
Nombre de la medicina _____



INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

Cuando sea posible, el Centro de Salud cobrara de su plan de seguro para recibir pago por los servicios medicos que se han brindado. Proporcionenos la informacion sobre su MediCal y/u otros seguros de salud que le pedimos. Si le es posible, favor de incluir una fotocopia de los dos lados de su tarjeta de seguro de salud.

¿Tiene usted seguro de salud o MediCal? Si _____ No _____

Nº de MediCal _____

Nombre de otro seguro de salud _____

Nº de la Poliza de Seguro de Salud _____

Nombre de la persona principal de la poliza _____

Relacion al estudiante _____

Nombre de la compania en cual la personal trabaja _____

Doctor / HMO regular _____ Nºde tel. _____

Toda la informacion del paciente sera considerada confidencial. Sin embargo, nosotros reconocemos que el Centro de Salud de la escuela EAHS puede ser exigido a que proporcione informacion sobre el tratamiento por los otros partidos que pagan esto servicios, tal como MediCal o las companies de seguro. Nosotros autorizamos para que intercambie inofrmacion con el servicio social y otros referente al tratamiento o por alguna razon de acuerdo con la aceptacion de la practica medica y conforme con la key.