

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Escuela: <input type="checkbox"/> Crenshaw HS <input type="checkbox"/> Dorsey HS <input type="checkbox"/> Otra: _____
--

### Información del Estudiante

Nombre: Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre
Dirección: Calle		Ciudad	Estado
Código Postal			
Fecha de Nacimiento:  mm / dd / yyyy	Número de Seguro Social: <i>Si aplica</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	Raza:
Número de Teléfono: Casa/Otro ( ) -	Bíper/Celular: ( ) -	Dirección de Correo Electronico:	
Padre/Guardian Legal:	Padre/Guardián Legal: Número de Teléfono 1). ( ) - 2). ( ) -		
Por favor, indique la descripción adecuada de la aseguranza de su hijo ( <i>si aplica</i> )			
<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> La Aseguranza no cubre vacunas <input type="checkbox"/> No tengo Seguro <input type="checkbox"/> Otra:			

Yo he leído y entiendo/ Nosotros hemos leído y entendemos los servicios que ofrecen en las escuelas. Yo entiendo /Nosotros entendemos que los servicios que yo autorizé /nosotros autorizamos con una firma en éste formulario son simplemente servicios comunes ó de salud rutinarios, y que éstos servicios serán limitados a:

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnósticos, tratamiento del menor y enfermedades agudas</li> <li>2. Exámenes Físicos (general, deportes, pre-empleo)</li> <li>3. Asistencia con Asma, Diabetes y otras enfermedades crónica</li> <li>4. Tratamiento de Acné y otros problemas de la piel</li> <li>5. Vacunas</li> <li>6. Exámenes de Visión y Oído</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Servicios de Laboratorio</li> <li>8. Programas de Nutrición y Control de Peso</li> <li>9. Primeros Auxilios para heridas menores</li> <li>10. Prescripciones Limitadas y Artículos sobre el mostrador</li> <li>11. Referencias para servicios de salud, que no pueden ser proveídos en T.H.E. Health and Wellness Centers o en La clínica Móvil</li> </ol> |
|---|--|

Yo entiendo/Nosotros entendemos que éste consentimiento solo aplica a los servicios proveídos en la escuela u otro sitio de T.H.E. Health and Wellness Centers como el resultado de una referencia hecha por un trabajador de la escuela y no autoriza referencias a instalaciones pública ó privada. Yo autorizo al proveedor ó empleado profesional de nuestro centro para proveer los servicios necesarios y dar recomendación de tratamiento para mi hijo/a. Éste estudiante tiene mi/nuestro consentimiento para recibir los servicios disponibles en la escuela. Yo entiendo/Nosotros entendemos que bajo la Ley del Estado de California los menores tienen el derecho legal de dar su consentimiento para ciertos servicios sin el consentimiento de los padres. Todas las fuentes de pagos terceros serán cobrados sin son aplicables. Los fondos de concesión serán usados para los servicios proveídos al estudiante que no tengan seguro ó Medi-Cal. Si mi hijo/a está cubierto/a por alguna aseguranza yo proveeré la información necesaria de la aseguranza en el formulario adjunto. Los servicios médicos se mantendrán de una manera confidencial, sin embargo yo entiendo/nosotros entendemos que el centro puede dar información relacionado con el tratamiento a terceras partes como Medi-Cal ó compañías de aseguranza para el propósito de cobro. Yo entiendo/Nosotros entendemos que cierta información como historia de vacuna ó enfermedades de peligro para el público u otra información puede ser compartida con la enfermera, médico de la escuela ó el Departamento de Salud Pública de acuerdo con el Código de Seguridad de Salud de California. Yo entiendo/Nosotros entendemos que el procedimiento de privacidad de T.H.E. Health and Wellness Centers está publicado en el manual de pólizas y procedimientos. Yo entiendo/Nosotros entendemos que sólo el registro de vacunas será compartida entre la enfermera de la escuela y T.H.E. Health and Wellness Centers para mantener actualizado el registro de salud del estudiante como es requerido por el Distrito Escolar de Los Angeles.

Yo entiendo/Nosotros entendemos que éste consentimiento puede ser revocado, restringido ó revisado en cualquier momento por mí, por escrito.

Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_