



CONSENT FORM

School (<i>Escuela</i>): <input type="checkbox"/> Crenshaw HS <input type="checkbox"/> Dorsey HS <input type="checkbox"/> Other: _____

Student's Information

Name: Last		First	Middle
Address: Street		City	State Zip Code
Date of Birth: mm / dd / yyyy	Social Security Number: <small>If available</small>	Sex: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Race:
Phone Number: Home/Other: () -	Pager/ Cell: () -	Email Address:	
Parent/Guardian:	Parent/Guardian: Telephone Number 1). () - 2). () -		
Please indicate the appropriate description of your child's insurance status (<i>If available</i>)			
<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Insurance does not cover vaccines <input type="checkbox"/> No insurance <input type="checkbox"/> Other:			

I/we have read and understand the services offered at the schools. I /we understand further that the services authorized by my/our signature on this form are simple, common or routine health care services, and treatment will be limited to:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosis and treatment of minor and acute illnesses 2. Physical examinations (general, sports, pre-employment) 3. Assistance with asthma, diabetes and other chronic illnesses 4. Treatment of acne and other skin problems 5. Immunizations 6. Vision and hearing screening | <ol style="list-style-type: none"> 7. Laboratory Services 8. Nutrition and weight control programs 9. First aid for minor injuries 10. Limited prescriptive and over the counter items 11. Referrals for health care services, which cannot be provided at the T.H.E. Health and Wellness Center or Mobile Clinic |
|---|--|

I/We understand that this consent only applies to services provided at the school or another T.H.E. Health and Wellness Centers site which is a result of a referral made by the school based staff and does not allow for referrals to any other private or public facility. I/We hereby authorize the provider and other professional clinic staff to provide necessary and/or advisable treatment for my son/daughter. This student has my/our permission to receive the above services offered at the school. I/We understand that under California State law, minors are legally able to consent for certain services without parental permission. All third party payment sources will be billed as applicable. Grant funds will be used to support services rendered to students without insurance or Medi-Cal. If my child is covered by any type of health insurance, I/We will provide insurance information indicated on the attached form. Medical records will be kept in a confidential manner; however, I /We acknowledge that T.H.E. Health and Wellness Centers may release information regarding treatment to third-party payers such as Medi-Cal or insurance companies for the purpose of billing. I/We also understand that some information such as immunization history or illness of public health hazard and/or any other medical information may be shared with the school nurse, school physician or Public Health Department to protect the health of other students according to the California Health and Safety Code. I/We understand that the T.H.E. Health and Wellness Center's privacy policy is published in the clinic's policies and procedures manuals. I/We understand that only immunization records will be shared between the school nurse and T.H.E. Health and Wellness Centers in order to maintain updated student health records as required by the Los Angeles Unified School District.

I/We understand that this consent may be revoked, restricted or revisited at any time in writing by me.

Signature of Parent(s)/Guardian(s)/Conservator(s): _____ Date: _____

Print Name(s): _____ Relationship to student: _____

Student's Signature: _____ Date: _____

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

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: _____