



Salud Para La Gente
School-Based Health Center
Consentimiento General Para Tratamiento, Pagos u
Operaciones de Atención Médica

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Numero Telefónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Escuela: _____ No. de Seguro Social del Estudiante: _____
Numero telefónico de Emergencia/Trabajo del Padre o Tutor Legal: _____

He leído y entendido los servicios que se ofrece en **Cesar Chavez Middle School**. Por medio de la presente autorizo al centro de salud en la medida en que mi consentimiento es requerido por la ley para darle a mi hijo/hija servicio de cuidado medico simple, común y de rutina tal como los cuales nombrados posteriormente. Entiendo que bajo las leyes federales y estatales, hay ciertos servicios que mi hijo/a puede recibir, los cuáles no necesitan mi autorización ni consentimiento.

-
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves y aguda
 - Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental
 - Primeros auxilios para lesiones menores
 - Exámenes físicos
 - Ayuda con enfermedades crónicas tal como asma, epilepsia y diabetes
 - Tratamientos para acné y otros problemas con la piel
 - Vacunas
 - Chequeo de audición, visión y dental
 - Programas de control de peso y dieta
 - Tratamiento de emergencia
 - Tratamiento de dental

-
1. Entiendo que este consentimiento solo se aplica a los servicios proveídos en el centro de salud y no permite que ninguna otra instalación publica o privada provea ningún servicio a mi hijo o hija.
 2. Por medio de la presente autorizo al centro de salud para proveer información médica o dental a mi compañía de seguros tal como sea necesaria para completar la petición de seguro de mi hijo/a.
 3. Entiendo que los registros médicos y/o dentales, incluyendo registro de vacunas, son información confidencial, pero que esta información puede ser compartida con otros proveedores de atención médica para fines de continuación de tratamiento y atención medica requerida para mi hija/o.
 4. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado, restringido o revisado en cualquier momento en escrito por mí, sin embargo, no afectara los previos servicios y/o tratamiento proveídos por el centro de salud y la dependencia de otros centros en este consentimiento.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Información Financiera y de Seguro Medico

Solicito y autorizo el pago directo al centro de salud de cualquier beneficio del seguro medico (HMO, seguro privado, Medi-cal, etc.) de lo contrario pagable a nombre de mi hijo/a por los servicios proveídos por el centro de salud a una tarifa que no exceda los gastos reales de los servicios.

Para servicios del centro de salud- Yo entiendo que no se le cobrara directamente a mi hija/o por los servicios proveídos por el centro de salud. Comprendo que el centro de salud buscara formas de pagos de cualquier tercera fuente disponible. Si mi hijo/a posee algún tipo de cobertura de seguro medico, me comprometo a ofrecer tal información al centro de salud.

Firma del Padre/ Tutor Legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre: _____

El centro de salud tiene permiso de recuperar el pago de los servicios proveídos en las instalaciones de la escuela. El centro de salud tiene la autorización de redimir el pago de las empresas de servicios como seguros médicos u otras formas de pagos tales como: HMO, seguros privados, Medi-cal, etc. Le pedimos que proporcione la información de seguro que se solicita a continuación.

Medi-Cal/Medicaid # (si es aplicable): _____

Nombre Seguro Medico: _____

Numero Telefónico Del Seguro Medico: _____

Nombre del Asegurado: _____

Numero del Seguro Social del Asegurado: _____

Fecha de Vigencia del Seguro Medico: _____

Para uso Exclusivo de la Oficina

Fecha Recibida:

Firma verificada por: