



## Centro de salud escolar Autorización para tratar a un menor de edad

El Programa de salud basado en la escuela de SIHF Healthcare es una asociación con los distritos escolares participantes locales para proporcionar servicios de atención primaria de la salud. Al completar este formulario y dar su consentimiento para los servicios, está otorgando permiso para la evaluación y el tratamiento de su hijo. Además, está otorgando permiso para que SIHF Healthcare divulgue la información necesaria con el fin de documentar el cumplimiento de los requisitos estatales y para la planificación y prestación de atención médica de calidad (p. ej., historial médico básico, registros de vacunación y exámenes físicos escolares y deportivos).

Al completar este formulario, autoriza el pago del seguro de los beneficios médicos a SIHF Healthcare y la divulgación de la información personal/de salud necesaria para procesar las reclamaciones del seguro.

Esta autorización de consentimiento permanecerá válida y archivada en SIHF Healthcare y el Programa basado en la escuela, siempre que su hijo esté inscrito en uno de nuestros distritos escolares participantes. Usted se reserva el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

### Consentimiento para el tratamiento:

Por la presente doy mi consentimiento para la inscripción de mi hijo en el Programa de salud basado en la escuela para el tratamiento médico que abarca el tratamiento de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico por parte del personal médico o su designado tratamiento según lo determinen necesario a su juicio para el bienestar de mi hijo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a SIHF Healthcare.

### Doy permiso para los siguientes servicios:

- Exámenes Físicos (incluyendo Deportes)
- Inmunizaciones
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Pruebas de laboratorio

### Autorización del padre/tutor legal e información de contacto

Nombre: (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

**Historia Medica**

**Alergias:** *(por favor haga una lista)*

medicación/Drogas \_\_\_\_\_

Comidas \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

**Enfermedades crónicas/Hospitalización o cirugías** *(por favor haga una lista)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Lista de medicamentos recetados actualmente:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Health Insurance**

Medicaid Recipient ID# \_\_\_\_\_

**Other Health Insurance**

Plan Name \_\_\_\_\_ Policy Number \_\_\_\_\_

Primary Subscriber \_\_\_\_\_ Group # \_\_\_\_\_

**Preferred Pharmacy**

Name \_\_\_\_\_

Location \_\_\_\_\_