

Clínica San Antonio

Formulario de consentimiento paterno

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**#SS del estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #**ID estudiantil: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre de padre/madre/tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numero de emergencia/trabajo del padre/tutor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los servicios que posiblemente se prestarán:

* Diagnóstico y tratamiento de enfermedades leves y agudas (dolor de garganta, dolor de oídos, erupciones cutáneas, dolores de cabeza, etc), incluyendo dispensación de medicamentos con receta
* Primeros auxilios y tratamiento de lesiones menores
* Exámenes físicos, para deportes y empleo
* Tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes, el asma y la epilepsia
* Vacunas
* Examen de la vista y el oído
* Pruebas limitadas de laboratorio
* Referencias para atención de alto nivel en casos particulares
* Diagnóstico / tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
* Servicios de salud mental, tales como consejería en crisis y consejería individual por un terapeuta

**Excepto** que yo **NO QUIERO** que mi hijo/a reciba los servicios siguientes de la lista anterior\*:

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

*Si usted no desea que su hijo/a reciba una o más de los servicios antes mencionados, indique esto aquí.*

\* Bajo la ley de California, jóvenes no necesitan autorización de sus padres para recibir ciertos servicios de atención de salud. Algunos ejemplos de los servicios que los jóvenes pueden obtener por su cuenta, si cumplen con los requisitos legales, incluyen: consejería de salud mental, consejería de abuso de alcohol y drogas, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, y atención relacionada con el embarazo. Si desea obtener más información acerca de estas leyes y los servicios que ofrecemos, por favor hable con nosotros.

Yo he leído y entiendo los servicios que se ofrecen en la clínica San Antonio.  
**Por lo presente autorizo ​​al centro de salud para proveer a mi hijo/a con servicios de salud simples, comunes y de rutina, tales como los mencionados anteriormente, en la medida de que mi consentimiento es requerido por la ley**. Entiendo que bajo las leyes federales y estatales, hay ciertos servicios que mi hijo/a puede recibir sin necesidad de mi consentimiento. Entiendo que este consentimiento sólo se aplica a los servicios prestados en el centro de salud y no permite que ningún otro centro público o privado le preste estos servicios a mi hijo/a.

**Por lo presente autorizo al centro de salud para darle a mi compañía de seguros la información dental o medica necesaria para completar la reclamación de seguro al tratar mi hijo o hija.** Entiendo que los registros médicos de mi hijo/a, incluyendo los registros de inmunizaciones, son confidenciales, pero esta información puede ser compartida con otros proveedores para el cuidado de mi hijo/a.

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado, restringido o revisado en cualquier momento por escrito por mí, sin embargo, esto no afectará a los servicios y / o el tratamiento recibido anteriormente u otra dependencia previa del centro de salud sobre este consentimiento.

Entiendo que Petaluma Health Center necesita cubrir sus gastos y puede facturar a terceros por estos servicios, incluyendo a cualquier compañía de seguro de salud aplicable, o puede pedir a los estudiantes a inscribirse en Medi-Cal u otro programa de seguro público, o me puede facturar por los servicios indicando pagos que se determinen basado en mis ingresos y tamaño de mi familia.

**Firma del padre/madre/tutor#**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*#Si el cuidador no tiene la custodia legal, complete la Declaración jurada de autorización del cuidador del estado de California que se encuentra adjunta*

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (si ya tiene uno):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la clinica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_