



CareSTL Health - Headquarters
5471 Dr. Martin Luther King Drive
Saint Louis, Missouri 63112
Office: 314.367.5820 Fax: 314.367.7010

CareSTL Health
5541 Riverview Boulevard
Saint Louis, Missouri 63120
Office: 314.389.4566 Fax: 314.389.5514

CareSTL Health
4500 Pope Avenue
Saint Louis, Missouri 63115
Office: 314.385.3990 Fax: 314.389.2464

School-Based Health Centers

- Hazelwood School District
- Jennings School District
- Ritenour School District
- Riverview Gardens School District

CareSTL Health
2425 Whittier Street
Saint Louis, Missouri 63113
Office: 314.371.3100 Fax: 314.289.8718

For more information visit:
www.carestlhealth.org



Servicios de salud escolares: autorización para tratar a un niño menor

Los servicios de salud escolares son una colaboración entre CareSTL Health y el Distrito Escolar de Hazelwood. Al completar este formulario y optar por los servicios, usted otorga permiso para la evaluación y el tratamiento de su hijo/a. Además, usted otorga permiso para la divulgación de información (por ejemplo, calificaciones, registros de asistencia, IEP, planes 504 e historial médico básico) del Distrito Escolar de Hazelwood a CareSTL Health. Este formulario de autorización permanecerá archivado en el expediente médico de su hijo/a para referencia futura. Usted reserva el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

- Acepto y doy permiso para que CareSTL Health trate a mi hijo/a y por la presente doy mi consentimiento para la administración de las vacunas y/o medicamentos requeridos que el proveedor de servicios médicos considere necesarios para el bienestar de mi hijo/a y para la siguiente atención médica/dental (marque todo lo que corresponda):
- Vacunas
 - Atención dental pediátrica (servicios disponibles incluyen empastes, extracciones, selladores, coronas y fluoruro diamino de plata (SDF, por su sigla en inglés) según sea necesario)
 - Exámenes físicos (incluye exámenes físicos para deportes)
 - Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones menores
- Acepto y doy permiso para que CareSTL Health trate a mi hijo/a y por la presente doy mi consentimiento para servicios de salud de comportamiento y/o asesoramiento que el proveedor de servicios médicos determine sean necesarios para el bienestar de mi hijo/a.
- Opto por no participar. No quiero que CareSTL Health trate a mi hijo/a en caso servicios médicos, dentales o de salud de comportamiento.

Escuela _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento _____ Idioma _____ Sexo al nacer M o F

Orientación sexual Lesbiana, gay u homosexual Heterosexual Bisexual No sé
 Elijo no responder Otro: _____

Identidad de género Hombre Mujer Mujer a Hombre Hombre a Mujer
 Género queer, ni hombre ni mujer Elijo no responder Otro: _____

Etnia [Origen étnico] Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza Negro Blanco Asiático
 Indio Americano
 Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico
 Otro: _____

Autorización e información de contacto del padre/de la madre o tutor legal:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Correo electrónico _____

Firma _____ Fecha _____

POR FAVOR COMPLETE: HISTORIA MÉDICA

Fecha del último examen físico _____ Fecha del último examen dental _____
Alergias (a alimentos o medicamentos) _____
Enfermedad médica anterior/Historial quirúrgico _____
Médico de cabecera del/de la niño/a (si tiene) _____ Teléfono _____
Plan de seguro _____ Número de póliza _____
Suscriptor primario _____ Número del grupo _____
Plan de seguro dental _____ Farmacia preferida _____

CareSTL Health – Autorización para acompañar a menores

En caso de que su hijo/a sea remitido/a a uno de los principales centros de atención médica de CareSTL Health para recibir servicios adicionales, usted puede otorgar permiso para que otras personas además de usted acompañen a su hijo/a la cita.

Por favor enumere aquí abajo a las personas autorizadas a acompañar al menor:

_____ Nombre	_____ Relación con el estudiante

Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA – por su sigla en inglés)

Clínica de salud escolar

Permiso para compartir información

Para: Distrito Escolar de Hazelwood

Asunto: **Intercambio de información médica entre HSD y CARESTL HEALTH**

Entiendo que, según las pautas de FERPA, el Distrito Escolar de Hazelwood puede revelar al personal médico de CARESTL, información médica (registros de vacunas, condiciones médicas preexistentes, etc.) y otra información que sería necesaria para que CARESTL brinde atención médica al/a la alumno/a nombrado/a a continuación. Esta es la notificación de que el padre/la madre (o el/la alumno/a, si tiene 18 años) permitirá que la información anterior se comparta entre el Distrito Escolar de Hazelwood y CARESTL en un esfuerzo para brindar atención médica.

Nombre del/de la alumno/a: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del/de la alumno/a: _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del padre/de la madre: _____ Fecha: _____

(Si alumno/a tiene menos de 18 años)