

## De Servicios de Salud Escolares – Autorización para tratar a un menor de edad

El Centro de Servicios de Salud Escolares es una asociación entre CareSTL Health y \_\_\_\_\_. Completando esta forma y optando por los servicios, se permite la evaluación y tratamiento de su hijo. Adicionalmente, se permite la divulgación de información (ej. notas, registros de asistencia, IEP, planes de 504, y historial básico de salud) del \_\_\_\_\_ a CareSTL Health. Esta forma de autorización permanecerá archivado en el registro médico de su hijo para referencia futura. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

- Me opto y doy permiso para que CareSTL Health para el trate a mi hijo y doy mi consentimiento para la administración de las vacunas requeridas y/o medicamentos determinados por el proveedor para ser necesarios para el cuidado del mi hijo y **la siguiente atención médica/dental** (marque todos los que apliquen):

- Inmunizaciones  
 Exámenes físicos  
 Evaluación, diagnóstico, y tratamiento de enfermedad y herida menor

- Cuidado dental pediátrico (Puede incluir empastes, extracciones, selladores, coronas y fluoruro de diamina de plata según sea necesario.

- Me opto y doy permiso para que CareSTL Health trate a mi hijo y doy mi consentimiento para cualquier servicio de **salud conductual y/o consejería** determinado por el proveedor para ser necesario para el cuidado de mi hijo.
- Me excluyo. No quiero que CareSTL Health trate a mi hijo por servicios médicos, dentales o de salud conductual.

Nombre de escuela \_\_\_\_\_ Nombre del hijo \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_ Género al nacer  M or  F

Orientación Sexual  Lesbiana o Gay  Heterosexual  Bisexual  No sabe  Elija no responder  Otro:

\_\_\_\_\_

Identidad de Género  Hombre  Mujer  Mujer-Hombre  Hombre-Mujer  Genderqueer, nero, ni hombre ni mujer  Eligen no responder  Otro: \_\_\_\_\_

Ethnicity  Hispanic/Latino  Non-Hispanic/Latino **Race**  Black  White  Asian  American Indian  
 Native Hawaiian/Pacific Islander  Other: \_\_\_\_\_

Autorización de Padre/Guardián Legal y Información del contacto:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**COMPLETA POR FAVOR: HISTORIAL MÉDICO**

Fecha del ultimo examen físico \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen dental \_\_\_\_\_

Alergías (comida o drogas) \_\_\_\_\_

Enfermedad médica pasada/historia quirúrgica \_\_\_\_\_

Médico primario del hijo (Si alguna) \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_

Plan de Seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

Primary Subscriber \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Plan de Seguro Dental \_\_\_\_\_ Farmacia preferida \_\_\_\_\_

**CareSTL Health – Acompañar a un menor Consentimiento**

En el caso de que su estudiante sea derivado a uno de los principales centros de atención médica de CareSTL Health para recibir servicios adicionales, puede otorgar permiso para que personas que no sean usted acompañen al estudiante a la cita. Enumere a continuación a todas las personas a las que autorice:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA)  
Clínica de Salud Basada en la Escuela  
Permiso para compartir información

A: Distrito Escolar de Hazelwood  
Sujeto: **Intercambio de información médica entre HSD y CARESTL HEALTH**

**Entiendo que, bajo las directrices 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 HEALTH proporcione atención médica al estudiante que se indica a continuación. Esta es la notificación de que el padre (o estudiante, si tiene 18 años de edad) permitirá que la información anterior sea compartida entre el Distrito Escolar de Hazelwood y CARESTL HEALTH en un esfuerzo por proporcionar atención médica.**

Nombre del hijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del hijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Si el niño es menor de 18 años)