



PO Box 22210 • Oakland, CA 94623 • www.laclinica.org

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES DE FAMILIA / TUTORES LEGALES

SCHOOL-BASED HEALTH CENTERS

TECHNICLINIC
OAKLAND TECHNICAL
HIGH SCHOOL HEALTH CENTER
(510) 450-5421

TIGER CLINIC
FREMONT HIGH SCHOOL
HEALTH CENTER
(510) 434-2001

ROOSEVELT HEALTH CENTER
ROOSEVELT MIDDLE SCHOOL
(510) 535-2893

SAN LORENZO HIGH HEALTH CENTER
SAN LORENZO HIGH SCHOOL
(510) 317-3167

HAWTHORNE CLINIC
URBAN PROMISE ACADEMY AND
WORLD & ACHIEVE ACADEMIES
(510) 535-6440

HAVENSCOURT HEALTH CENTER
ROOTS, COLISEUM COLLEGE PREP ACADEMY
(510) 639-1981

YOUTH HEART HEALTH CENTER
LA ESCUELITA EDUCATION COMPLEX
(510) 879-1568

FUENTE WELLNESS CENTER
REACH ASHLAND YOUTH CENTER
(510) 481-4554

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre(s) del padre/tutor legal: _____

Dirección del estudiante: _____

Dirección del padre/tutor legal (si no es la misma que la del estudiante): _____

Teléfonos (en casa): _____ (en el trabajo): _____ (para emergencias): _____

Tipo de seguro médico: Medi-Cal Alameda Alliance Blue Cross Kaiser Otro Privado: _____ Ninguno

Proveedor Médico: _____ No. de teléfono _____ Sin Proveedor Médico

Yo/nosotros he/hemos leído y entendido los servicios que se ofrecen en el Centro Escolar de Salud tal y como se describen abajo. Entiendo/entendemos que los servicios autorizados por medio de mi/nuestras firma(s) en este formulario se limitan a servicios y tratamientos de salud sencillos y comunes ó de rutina, que incluyen pero no se limitan a los siguientes:

- 1) Diagnóstico/tratamiento de enfermedades menores y agudas; primeros auxilios para lesiones menores
- 2) Ayuda con enfermedades crónicas (continuas)
- 3) Exámenes físicos para poder participar en un deporte o aprobación previa a un empleo
- 4) Vacunas
- 5) Servicios de laboratorio
- 6) Exámenes de la vista
- 7) Medicamentos sin receta y medicamentos básicos con receta
- 8) Asesoría sobre la salud mental
- 9) Educación relacionada con la nutrición; prevención de abuso de drogas y de alcohol; prevención de la violencia; salud mental; enfermedades que se transmiten sexualmente y prevención de embarazos

10) Exámenes y tratamientos dentales – SOLAMENTE EN SITIOS PARTICIPANTES

Durante los exámenes dentales en la escuela, un profesional dental le examinará los dientes a su hijo(a) y determinará si necesita servicios dentales. Estos exámenes no incluyen radiografías y no sustituyen a un examen dental en la oficina de un dentista. En caso de encontrarse un problema dental, usted necesitará hacer una cita con su dentista. El Centro Escolar de Salud le podría ayudar a hacer una cita.

- Me gustaría que mi hijo(a) participara en los chequeos dentales que se llevan acabo en el distrito escolar: Yes No
- Me gustaría que mi hijo(a) recibiera servicios de odontología en el Centro Escolar de Salud: Yes No

11) Remisiones a servicios de salud que no se pueden ofrecer en esta clínica.

Tome en cuenta que: La ley del estado de California (California Family Code 6924-6929) permite que se brinden ciertos servicios a los adolescentes de 12 años de edad en adelante, con ó sin el consentimiento de sus padres. Estos servicios incluyen: diagnóstico y tratamiento de enfermedades que se transmiten sexualmente; asesoría y pruebas para el VIH; pruebas de embarazo, anticonceptivos, y remisiones para los cuidados prenatales; y asesoría sobre la salud mental en situaciones especificadas por la ley.

Escriba a continuación todos los servicios que ofrecemos y los cuales usted **no quiere** que el estudiante reciba:

Entiendo/entendemos que este consentimiento solamente cubre los servicios brindados en el Centro Escolar de Salud y no en otro establecimiento de salud público ó privado. Por la presente autorizo/autorizamos a un médico y a otros profesionales empleados por el Centro de Salud a que proporcionen el tratamiento necesario y/o aconsejable para mi hijo/hija. Este estudiante tiene mi/nuestro permiso de recibir todos los servicios brindados por el Centro Escolar de Salud, excepto los que he/hemos excluido específicamente arriba. Es posible que se les pida a los estudiantes que se inscriban en Medi-Cal en el Centro de Salud. En algunos casos, los ingresos de la familia pueden ser un factor para determinar la elegibilidad; sin embargo, en la mayoría de los casos la elegibilidad depende del tipo de servicio médico o de salud mental que utilice el estudiante.

Los registros médicos se mantendrán confidenciales. Sin embargo, acepto/aceptamos que los servicios necesarios para tratar el problema de mi hijo/hija pueden requerir la colaboración de otras agencias y proveedores de servicios. Yo entiendo/nosotros entendemos que esta colaboración podría requerir que se divulgue información sobre mi hijo/hija a uno ó más proveedores de servicios para facilitar la coordinación de los servicios brindados a mi hijo/hija. Acepto/aceptamos que es posible que el Centro Escolar de Salud tenga que divulgar información relacionada con el tratamiento a aseguradoras tales como Medi-Cal, para que puedan realizar el cobro. Además, los registros se pueden divulgar por cualquier otra razón, de conformidad con la práctica médica aceptable y conforme a la ley, incluyendo, pero sin limitarse a las siguientes razones: (1) Si un estudiante expresa su voluntad de hacerse daño a sí mismo; (2) Si un estudiante expresa que podría lastimar a otra persona; y (3) Si un estudiante denuncia que alguien abusa física, sexual ó emocionalmente de él/ella.

PARTICIPACIÓN EN EL CONDADO EN UNA EVALUACIÓN DE LOS CENTROS ESCOLARES DE SALUD

Para mejorar nuestros servicios, estamos participando en una evaluación a nivel del condado con todas las escuelas que ofrecen servicios de salud. Esta evaluación está siendo conducida por la Universidad de California en San Francisco (UCSF). Como parte de dicha evaluación, estamos reuniendo información sobre los estudiantes que usan nuestros servicios. Esta información la compartimos con UCSF de forma colectiva (en grupo) sin dar nombres específicos y sin identificar información personal. Nosotros nunca compartiremos la información personal de su hijo(a) con los conductores de la evaluación ó con cualquier otra persona más allá de los Centros de Salud sin el permiso de usted. Al firmar esta forma, usted está de acuerdo en que su hijo(a) participe en esta evaluación.

Al firmar en la parte de abajo usted da su consentimiento a lo siguiente:

Yo, _____ (nombre de padre/tutor legal) autorizo al distrito escolar que permita a La Clínica de La Raza, proveedor médico en la escuela de mi hijo(a) a que revise el historial escolar de mi hijo(a). La Clínica de La Raza se compromete a no divulgar este historial a cualquier otra persona ó agencia sin mi permiso por escrito.

Yo entiendo que La Clínica de La Raza pudiera compartir la información de mi hijo(a) con el proveedor de salud de mi hijo(a) con fines de evaluación médica y tratamiento. Este formulario de consentimiento se mantendrá vigente hasta que termine la inscripción del estudiante, ó hasta que yo revoque/nosotros revoquemos este contrato por escrito.

(Firma) Padre/tutor legal

Fecha

TELÉFONO DE EMERGENCIAS O DEL TRABAJO DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____.

Si tiene alguna pregunta, llame al número telefónico indicado al frente de este formulario.