

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES**

**Servicios Médicos Estudiantiles**

644 W. 17th St. Building B. Los Angeles, CA 90015

Teléfono (213) 763-8342 Fax (213) 763-8358

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR**

**Nombre y apellido del (de la) estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_ **Ciclo** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Teléfono del hogar** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Núm. del Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Teléfono del padre, la madre o el tutor para casos de emergencia o en el trabajo:** \_\_\_\_\_

He/hemos leído y entiendo/entendemos los servicios que ofrece el médico escolar, según se enumeran a continuación: Asimismo entiendo/entendemos que los servicios que autorice/autoricemos con la firma en este formulario son servicios médicos sencillos, comunes o rutinarios, y que el tratamiento se limitará a lo siguiente:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades menores y agudas.                | 9. Medicamentos de receta y para los que no se requiere receta.                         |
| 2. Primeros auxilios en el caso de lesiones menores.                          | 10. Programas de dieta y de control de peso.  |
| 3. Reconocimientos médicos (generales, para los deportes o para el empleo)    | 11. Asesoramiento y remisiones relacionados con el abuso del alcohol y de otras drogas. |
| 4. Ayuda con enfermedades crónicas, como el asma, la diabetes y la epilepsia. | 12. Remisiones a otras entidades de salud.  |
| 5. Tratamiento del acné y de otras afecciones cutáneas.                       | 13. Servicios de laboratorio.   |
| 6. Vacunas.   |   |
| 7. Exámenes para detectar problemas de la vista o del oído.                   |   |
| 8. Asesoramiento psicológico.   |   |

Abajo he enumerado los servicios que NO quiero que este(a) alumno(a) reciba de parte del médico escolar.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo/autorizamos al médico y a otro personal clínico profesional que le proporcionen tratamiento necesario o recomendable a mi/nuestro(a) hijo(a). Dicho(a) estudiante tiene mi/nuestra autorización para recibir todos los servicios que se ofrecen en la escuela, excepto aquellos que he/hemos excluido específicamente arriba.

ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE A NINGÚN ESTUDIANTE NI A SU FAMILIA SE LE COBRARÁ DIRECTAMENTE POR LOS SERVICIOS QUE SE LE PRESTEN. Se les pasará la factura a todos los terceros que sean fuentes de pago.

Los expedientes médicos se mantendrán confidenciales; sin embargo, reconozco/reconocemos que los Servicios Médicos Estudiantiles pueden divulgar información relacionada con el tratamiento a terceros que sean fuentes de pago, como Medi-Cal o las compañías de seguros, para propósitos de facturación. Asimismo, entiendo/entendemos que la información pública como el historial de las vacunas o las enfermedades infecciosas se le puede comunicar a la enfermera escolar con el fin de proteger la salud de los demás alumnos.

**Firma del padre, la madre o el tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Parentesco con el (la) estudiante:** \_\_\_\_\_

**Firma del (de la) estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Domicilio del padre, la madre o el tutor, en el caso de que sea diferente al de arriba** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_

**Firma verificada por (PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE)** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_