



**Santa Rosa Community Health:  
Elsie Allen Campus  
FORMA DE AUTORIZACION DE LOS PADRES**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alergias a algún medicamento?  No  Sí (nombre del medicamento): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de su casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante): \_\_\_\_\_

Nombre del Patrón o Empleador del Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono para contactarle: \_\_\_\_\_

**Servicios Médicos Ofrecidos en Santa Rosa Community Health**

- Tratamiento de enfermedades leves (dolor de garganta, dolor de cabeza, etc.), incluyendo recetas para comprar medicamentos y/o le dan el medicamento durante su visita.
- Tratamiento de golpes leves
- Exámenes físicos para deportes o empleo
- Examen dental , limpieza, fluoruro y / o selladores
- Vacunas contra la Polio, Td (tétano y difteria), Tdap (tétano, difteria y tos ferina), Hepatitis A/B, Meningococo, HPV (virus del papiloma humano), Varicela, MMR (sarampión, paperas y rubéola), y contra la influenza (gripe)
- Pruebas de Tuberculosis
- Pruebas de laboratorio (anemia, orina, etc.)
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmitidas sexualmente
- Servicios de educación de salud preventiva, incluyendo educación por el abuso de sustancias
- Referencias a otros centros médicos en caso que no sea apropiado tratar las enfermedades/casos en el centro de salud
- Servicios de salud mental, tal como consejería en caso de una crisis y preocupaciones emocionales

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ NO (*iniciales del padre*) **Yo autorizo para que mi hija(o) menor de edad pueda recibir consejería individual con un terapeuta profesional con licencia o con un terapeuta sin licencia bajo supervisión.**

- Yo doy mi autorización para que el personal de Elsie Allen Health Center provea los servicios que aparecen en el listado de arriba.
- Yo doy mi autorización para que la Oficina de Salud de la escuela revele al personal del Centro de Salud el historial médico que incluya vacunas y resultados de pruebas mandatorias.
- Yo doy mi autorización para que el personal del Centro de Salud se comunique con la Oficina de Salud de la escuela si es que eso va a contribuir para que el plan de tratamiento del estudiante tenga éxito.
- También autorizo para que se revele la información de tratamiento a servicios sociales u otros por cualquier razón de acuerdo con las prácticas médicas aceptables y de acuerdo con la ley.

Yo he leído y completado esta forma de autorización para mi hija(o). Esta autorización es válida hasta que mi hija(o) cumpla 18 años. Yo entiendo que puedo retirar o modificar mi autorización en cualquier momento por medio de una notificación verificada por escrito.

Escriba el Nombre del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Santa Rosa Community Health:  
Elsie Allen Campus  
INFORMACION DE SEGURO MEDICO**

Siempre y cuando sea posible, Santa Rosa Community Health va a cobrarle a su compañía de seguro médico para que paguen por los servicios médicos. Si tiene seguro médico, por favor escriba la información que le pedimos abajo y también traiga una fotocopia de los dos lados de su tarjeta de seguro médico.

¿Tiene seguro médico o MediCal?  No  Sí Número de MediCal: \_\_\_\_\_

Nombre de otro seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de la Póliza del Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Parentesco con la/el estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre de su patrón o empleador: \_\_\_\_\_

Médico regular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Toda la información de los pacientes es confidencial; sin embargo, Santa Rosa Community Health puede estar obligado a revelar la información de tratamiento a terceras entidades encargadas de pagar por los servicios médicos, como por ejemplo MediCal o el seguro médico privado.