

Richfield Health Resource Center

CUIDADO MÉDICO --- FORMULARIO de CONSENTIMIENTO para el ESTUDIANTE

Si usted tiene niños de 0 años hasta los 19 años de edad, ellos califican para recibir *Cuidado Médico Gratis* en El Centro de Recursos de Salud, 7001 Harriet Ave S, Richfield, MN 55420.

Por favor llene el formulario de consentimiento (abajo) y devuélvalo a la escuela (o a la clínica). Niños o jóvenes que no han entregado un formulario de consentimiento no pueden ser tratados ni recibir los servicios en la lista abajo.

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba servicios médicos en la Health Resource Center.

Nombre de niño(a): _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Escuela de niño(a): _____ **Grado:** _____

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba **TODOS*** los siguientes servicios médicos:

- **El cuidado salud de rutina:** Tratamiento para la gripe, dolor de cabeza, dolor de oídos, dolor de garganta, dolor de espalda, dolor abdominal, torceduras, cortes, quemaduras, problemas de piel, exámenes físicos para poder participar en deportes escolares, inmunizaciones, evaluaciones de la audición, y exámenes y evaluaciones de vista
- **Educación en Salud:** Control de peso, consejería para tener una dieta especial, prevención para no fumar, y promover seguridad
- **Servicios de laboratorio:** Pruebas rutinarias de sangre y orina, cultivo de garganta/ hisopado de fauces, y pruebas de diabetes
- **Servicios de Consejería:** Ayuda para tratar problemas de estrés, ansiedad, depresión, abuso y negligencia, servicios de salud mental, ayuda para desarrollar una buena autoestima, y prevención de suicidio

Me gustaría tener más información sobre los servicios de salud Mental:

SI NO

***IMPORTANTE:** Si hay servicios en la lista de arriba que usted no quiere que su hijo(a) reciba, por favor táchelos. Su hijo(a) solamente recibirá los servicios que quedan en la lista.

Por favor, recuerde que la Ley de Minnesota permite que su hijo(a) reciba los siguientes servicios sin su permiso: tratamiento de infecciones de transmisión sexual, dependencia química, y pruebas de embarazo o condiciones asociadas con el embarazo, incluyendo la prevención de embarazo.

Alergias

Mi hijo(a) tiene las siguientes alergias: _____

Medicamentos

Mi hijo(a) está tomando/usando los siguientes medicamentos: _____

Tienes seguro médico? SÍ NO

Nombre de Seguro: _____

Aunque mantenemos esta información en el archivo, todas las visitas médicas son gratuitas

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Teléfono de día

Este formulario se guardará en el archivo en la clínica y será válido por un año escolar. Se requiere el consentimiento escrito cada año. Puede obtener un formulario de consentimiento en la Richfield Health Resource Center o en cualquier escuela del distrito de Richfield.

Por favor devuélva este formulario de consentimiento a la Richfield Health Resource Center o en cualquier escuela del distrito de Richfield.