



**CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD POR  
SERVICIOS MÉDICOS RELACIONADOS PROVISTOS POR:  
[Chicago Department of Public Health(CDPH) ]**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ ID# del estudiante \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

1. El firmante, como padre o tutor legal del niño(a) nombrado arriba, entiende que [ **CDPH** ], a través de su red de proveedores médicos calificados (“[ **CDPH** ] Proveedores”), ofrece servicios médicos relacionados (“Servicios”) a los residentes de la ciudad de Chicago, incluyendo a estudiantes de las Escuelas Públicas de Chicago (“CPS”) y mi niño(a) puede ser elegible para recibir esos servicios.

2. Dados los diferentes tipos de servicios ofrecidos por los proveedores, entiendo que cada proveedor requerirá mi consentimiento antes de que mi niño(a) reciba los siguientes tipos de servicios.

3. Entiendo que como cuidador sustituto de un estudiante de las Escuelas Públicas de Chicago, bajo la tutoría legal del Departamento de Servicios a Niños y Familias de Illinois (DCFS), no estoy autorizado a proveer el consentimiento escrito para servicio médico de rutina y cuidado dental. Entiendo además que debo requerir el consentimiento del Administrador de Tutorías del DCFS, o de su agente autorizado, y proveer una copia del Consentimiento del DCFS para Tratamiento Médico de Rutina y Cuidado Dental, si es otorgado antes de la realización de cualquiera de los servicios.

4. Autorizo además que la Junta de Educación de la ciudad de Chicago (“la Junta”) divulgue y proporcione información a los proveedores sobre exámenes físicos pasados, vacunas, condiciones crónicas, exámenes de la vista y del oído, y examen dental contenidos en el legajo de salud de mi hijo(a), para que puedan realizar los servicios de manera efectiva. También concedo mi autorización para que los proveedores divulguen y proporcionen los reportes a la escuela de mi niño(a), para que sean incluidos en el legajo médico, y reportes escritos y verbales relacionados con los resultados de cualquier control o examen realizado. Entiendo que esos registros todavía estarán sujetos a los derechos de privacidad establecidos por leyes estatales y federales.

**5. Entiendo que la Junta no tiene control sobre los servicios realizados por un [CDPH] Proveedor. Por lo tanto, si un [CDPH] Proveedor realiza los Servicios, estoy de acuerdo con dispensar de toda responsabilidad a la Junta, sus miembros, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados ante cualquiera y todos los reclamos, demandas, acciones, quejas, demandas legales u otras formas de responsabilidad que puedan surgir de, y por culpa de, o sean provocados por la provisión de los Servicios y el tratamiento recibido.**

6. Entiendo que el Proveedor puede enviar la cuenta por cualquier servicio reembolsable provisto al programa Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Illinois, o a cualquier otro seguro aplicable, y que puedo ser personalmente responsable de cualquier copago impuesto por mi seguro. Si tiene preguntas, llame a la línea directa del DHS por el 1-800-843-6154. Las personas que usan un teletypewriter (TTY) pueden llamar al 1-800-447-6404. La llamada es gratuita.

La Unidad de Beneficios para Niños y Familias (CFBU) puede ayudarlo a solicitar los beneficios de Medicaid y SNAP (etampillas de alimentos).  
  
Llame al 773-553-KIDS (5437) por información.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, en su totalidad o parcialmente, enviando a la Junta y a la escuela del niño(a) un aviso previo escrito por fax o correo electrónico (datos a la derecha). Esta revocación no entrará en efecto durante siete (7) días hábiles, después que la Junta reciba mi aviso. A menos que yo revoque mi consentimiento, como se describe arriba, esta autorización comenzará a regir en la fecha designada abajo y permanecerá en efecto durante un año calendario desde la fecha de la firma.

Junta de Educación de Chicago  
Oficina de Salud y Bienestar Estudiantil  
42 W. Madison, subsuelo, Chicago, IL 60602  
At: Student Health Fax: 773-553-1357

Copia: Escuela del niño At: Director

**Firma y fecha**

Firma del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_  
 Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**CONSENT AND RELEASE OF LIABILITY FOR  
MEDICAL-RELATED SERVICES PROVIDED BY:  
[ Chicago Department of Public Health (CDPH) ]**

Name of Student \_\_\_\_\_

Student ID# \_\_\_\_\_

Student's Date of Birth \_\_\_\_\_

School Name \_\_\_\_\_

1. The undersigned, as the parent or legal guardian of the child named above, understands that [ **CDPH** ], through its network of qualified medical providers ("[ **CDPH** ] Providers"), offers medical-related services ("Services") to City of Chicago residents including Chicago Public Schools ("CPS") students and that my child may be eligible to receive these Services.

2. Because different types of Services are offered by Providers, I understand that each Provider will request my consent prior to having my child receive the following types of Services.

3. I understand that as a substitute caregiver to a Chicago Public School student under the legal guardianship of the Illinois Department of Children and Family Services (DCFS) I am not authorized to provide written Consent for Ordinary and Routine Medical and Dental Care. I further understand that I must request consent from the DCFS Guardianship Administrator, or Authorized Agent, and provide a copy of the DCFS Consent for Ordinary and Routine Medical and Dental Care if consent is granted before any of the above services may be provided.

4. I further grant my consent for the Board of Education of the City of Chicago ("the Board") to release and furnish information regarding past physical exams, immunizations, chronic conditions, vision and hearing screening, vision exams, hearing exam, and dental exam data in my child's health record to Providers to ensure that the Providers can effectively provide services. I also grant my consent for the Providers to release and furnish reports to my child's school for inclusion in my child's health record, and written and verbal reports concerning the results of any screenings and examinations. I understand that such records still will be subject to the privacy rights afforded by state and federal law.

5. I understand that the Board has no control over Services provided by a **CDPH** Provider. Therefore, if a **CDPH** Provider furnishes the Services, I agree to release and hold harmless the Board, its members, agents, officers, contractors, volunteers and employees from and against any and all claims, demands, actions, complaints, suits or other forms of liability that shall arise out of or by reason of, or be caused by the provision of Services and the treatment received.

6. I understand that the Provider may bill the Illinois Department of Human Service's Medicaid program or any other currently applicable insurance program for any reimbursable Services it provides and that I may be personally responsible for any co-pay imposed by my insurance company. If you have any questions, call the DHS Helpline at 1-800-843-6154. Persons using a teletypewriter (TTY) can call 1-800-447-6404. The call is free.

The Children and Family Benefits Unit (CFBU) can help you apply for Medicaid and SNAP benefits (food stamps).  
  
Call 773-553-KIDS (5437) for information.

I understand that I may revoke this Consent in whole or in part at any time by sending the Board **and** your child's school prior written notice by fax or mail as follows. This revocation will not take effect for seven (7) business days after the Board receives my notice. Unless I revoke my consent as described above, this Consent will take effect as of the date designated below and it will remain in effect for one calendar year from the date of signature.

The Board of Education of the City of Chicago  
Office of Student Health and Wellness  
42 W. Madison, Garden Level, Chicago, IL 60602  
Attn: Student Health Fax: 773-553-1357  
  
Copy to: Your child's school Attn: Principal

<b>Sign &amp; Date</b>	Parent/Guardian Signature: _____	
	Printed Name: _____	Date: ____ / ____ / ____