



**Consentimiento de Padre Servicios de Salud Basados en la Escuela**

Doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_  
Nombre del Hijo/a Segundo Nombre Apellido Fecha de Nacimiento del hijo/a

reciba los servicios necesarios y/o advisables del personal de Valley-Wide Health Systems, Inc. (VWHS) en el Centro de Salud Basado en la Escuela de Cañon City (CCSBHC). Yo he recibido información que explica los servicios de VWHS en la CCSBHC, y entiendo que los servicios pueden ser disponibles y por marcando las siguientes cajas correspondientes al lado de cada tipo de servicio yo doy mi concentimiento para que mi hijo/a reciba estos servicios:

**Servicios Médicos:** Exámenes físicos e inmunizaciones – exámenes de laboratorio rutinos – atención a enfermedades y heridas agudas – medicamentos recetados – atención a ciertas condiciones crónicas tal como el asma y trastorno convulsivos – pruebas de embarazo – diagnosis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual –servicios de salud reproductiva apropiados para la edad – prevención y educación sobre el uso de drogas y alcohol – evaluación de la salud conductual y derivación al tratamiento – atención de seguimiento según sea necesario.

**Servicios Dentales:** Examinaciones dentales, limpiezas rutinarias, selladores, y radiografías dentales.

**Divulgación de Información:** La información en los registros médicos de mi hijo/a es información de salud protegida y no será divulgada a cualquier persona o agencia no autorizada sin el consentimiento escrito por el padre o guardián del hijo/a. Entiendo que CCSBC puede divulgar informción de salud para pago, tratamiento, y operaciones de atención médica como es descrito en la Noticia de Prácticas Privadas de VWHS, y de lo contrario según lo permita la ley. Según permitido por la ley de Colorado, mi hijo o hija puede pedir que ciertas visitas e información de salud siga siendo “confidencial”. Esto quiere decir que, para mi o cualquier otra parte tenga acceso a los registros médicos de mi hijo/a con respeto a dicha información, una liberación por escrito debe ser completada por mi hijo/a. Yo doy permiso al personal de CCSBHC que examine y/o haga copia de los registros escolares de mi hijo o hija, incluso la asistencia a los registros de inmunización, y otros registros que le pueda ayudar al personal en atender a mi hijo o hija.

**Cobros, facturación, autorización y consentimiento de CCSBHC:** Por lo presente yo autorizo el pago directamente a Valley-Wide Health Systems, Inc. para beneficios médicos/dentales. Entiendo que yo soy financieramente responsable a Valley-Wide Health Systems, Inc. por servicios no pagados por my seguro de salud/aseguranza u otros terceros pagadores. Entiendo que si se me ha remitido un cheque de reembolso y se devuelve como no entregado y después de intentos razonables de ponerse en contacto no han tenido éxito, tal cheque será considerado como una donación a VWHS. También estoy de acuerdo que si no cobro un cheque de reembolso dentro de un año de emisión, el cheque de reembolso será considerado como una donación a VWHS.

Yo no doy consentimiento que mi hijo/a \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ reciba cualquieres servicios de salud necesarios y/o advisables del personal de Valley-Wide Health Services, Inc. en la CCSBHC.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha