

TECHNICLINIC
OAKLAND TECHNICAL
HIGH SCHOOL HEALTH CENTER
(510) 450-5421

TIGER CLINIC
FREMONT HIGH SCHOOL
HEALTH CENTER
(510) 879-2001

ROOSEVELT HEALTH CENTER
ROOSEVELT MIDDLE SCHOOL
(510) 535-2893

SAN LORENZO HIGH HEALTH CENTER
SAN LORENZO HIGH SCHOOL
(510) 317-3167

HAWTHORNE CLINIC
URBAN PROMISE ACADEMY AND
WORLD & ACHIEVE ACADEMIES
(510) 535-6440

HAVENSCOURT HEALTH CENTER
ROOTS, COLISEUM COLLEGE PREP ACADEMY
(510) 639-1981

YOUTH HEART HEALTH CENTER
LA ESCUELITA EDUCATION COMPLEX
(510) 879-1568

FUENTE WELLNESS CENTER
REACH ASHLAND YOUTH CENTER
(510) 481-4556 (MEDICAL)
(510) 481-4554 (DENTAL)

Nombre de el(la) joven: _____ Escuela: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre(s) del padre/tutor legal: _____

Dirección: _____

Teléfonos (en casa): _____ (en el trabajo): _____ (celular): _____

Sexo: Masculino Femenino Otro # de seguro social (si se aplica): _____

Grupo étnico: _____ Idioma: _____

Tipo de seguro médico: Ninguno Medi-Cal Alameda Alliance Blue Cross Kaiser Health PAC Otro privado: _____

Proveedor Médico: _____ No. de teléfono _____ Sin proveedor médico

Yo/nosotros he/hemos leído y entendido los servicios que se ofrecen en el Centro Escolar de Salud tal y como se describen abajo. Entiendo/entendemos que los servicios autorizados por medio de mi/nuestras firma(s) en este formulario se limitan a servicios y tratamientos de salud sencillos y comunes o de rutina, que incluyen pero no se limitan a los siguientes:

- 1) Diagnóstico/tratamiento de enfermedades menores y agudas; primeros auxilios para lesiones menores
- 2) Ayuda con enfermedades crónicas (continuas)
- 3) Exámenes físicos de control médico, para poder participar en un deporte o para aprobación previa a un empleo
- 4) Vacunas
- 5) Servicios de laboratorio
- 6) Servicios para la visión que incluyen un examen de la vista, y recetas para anteojos - **SOLAMENTE EN SITIOS PARTICIPANTES**
- 7) Medicamentos sin receta y medicamentos básicos con receta
- 8) Asesoría sobre la salud mental y del comportamiento
- 9) Educación relacionada con la nutrición; prevención de abuso de drogas y de alcohol; prevención de la violencia; salud mental; enfermedades que se transmiten sexualmente y prevención de embarazos

10) Exámenes y tratamientos dentales " SOLAMENTE EN SITIOS PARTICIPANTES

Durante los exámenes dentales en la escuela, un profesional dental le examinará los dientes a su hijo(a) y determinará si necesita servicios dentales. Estos exámenes no incluyen radiografías y no sustituyen a un examen dental en la oficina de un dentista. En caso de encontrarse un problema dental, usted necesitará hacer una cita con su dentista. El Centro Escolar de Salud le podría ayudar a hacer una cita.

- Me gustaría que mi hijo(a) participara en los chequeos dentales que se llevan acabo en el distrito escolar: Yes No
- Me gustaría que mi hijo(a) recibiera servicios de odontología en el Centro Escolar de Salud: Yes No

11) Recomendaciones a servicios de salud que no se pueden ofrecer en esta clínica

12) Otros servicios, incluyendo entrenamiento físico, clases de ejercicios en grupo y recomendaciones para recibir servicios sociales que incluyen ayuda legal

Continúa en la página 2

Tome en cuenta que: La ley del estado de California (California Family Code 6924-6929) permite que se brinden ciertos servicios a los adolescentes de 12 años de edad en adelante, con o sin el consentimiento de sus padres. Estos servicios incluyen: diagnóstico y tratamiento de infecciones veréneas (que se transmiten sexualmente); asesoría y pruebas para el VIH, pruebas de embarazo, anticonceptivos, recomendaciones para cuidados prenatales y asesoría sobre la salud mental en situaciones especificadas por la ley.

Escriba a continuación todos los servicios que ofrecemos y los cuales usted **no quiere** que el estudiante reciba:

Entiendo/entendemos que este consentimiento solamente cubre los servicios brindados en el Centro Escolar de Salud y no en otro establecimiento de salud público o privado. Por la presente autorizo/autorizamos a un médico y a otros profesionales empleados por el Centro de Salud a que proporcionen el tratamiento necesario y/o aconsejable para mi hijo(a). Este estudiante tiene mi/nuestro permiso de recibir todos los servicios brindados por el Centro Escolar de Salud, excepto los que he/hemos excluido específicamente arriba. Es posible que se les pida a los estudiantes que se inscriban en Medi-Cal en el Centro de Salud. En algunos casos, los ingresos de la familia pueden ser un factor para determinar la elegibilidad; sin embargo, en la mayoría de los casos la elegibilidad depende del tipo de servicio médico o de salud mental que utilice el estudiante.

Los registros médicos se mantendrán con,denciales. Sin embargo, acepto/aceptamos que los servicios necesarios para tratar el problema de mi hijo(a) pueden requerir la colaboración de otras agencias y proveedores de servicios. Yo entiendo/nosotros entendemos que esta colaboración podría requerir que se divulgue información sobre mi hijo(a) a uno o más proveedores de servicios para facilitar la coordinación de los servicios brindados a mi hijo(a). Acepto/aceptamos que es posible que el Centro Escolar de Salud tenga que divulgar información relacionada con el tratamiento a aseguradoras tales como Medi-Cal, para que puedan realizar el cobro. Además, los registros se pueden divulgar por cualquier otra razón, de conformidad con la práctica médica aceptable y conforme a la ley, incluyendo, pero sin limitarse a las siguientes razones: (1) Si un estudiante expresa su voluntad de hacerse daño a sí mismo; (2) Si un estudiante expresa que podría lastimar a otra persona; y (3) Si un estudiante denuncia que alguien abusa física, sexual o emocionalmente de él/ella.

PARTICIPACIÓN EN EL CONDADO EN UNA EVALUACIÓN DE LOS CENTROS ESCOLARES DE SALUD

Con el fin de mejorar nuestros servicios, estamos participando en una evaluación del condado de los centros de salud basados en las escuelas. La evaluación está siendo llevada a cabo por la Universidad de California, San Francisco (UCSF). Como parte de esta evaluación, recopilamos información de los clientes que utilizan nuestros servicios y la compartimos de forma con,dencial con la UCSF. La UCSF nunca compartirá su nombre o el nombre de su hijo/tutelado u otra información de identificación personal en ningún informe de evaluación.

Al firmar en la parte de abajo usted da su consentimiento a lo siguiente:

Yo, padre/tutor legal abajo indicado, autorizo al distrito escolar que permita a La Clínica de La Raza, proveedor médico en la escuela de mi hijo(a) a que revise el historial escolar de mi hijo(a). La Clínica de La Raza se compromete a no divulgar este historial a cualquier otra persona o agencia sin mi permiso por escrito.

Yo entiendo que es posible que La Clínica de La Raza comparta la información de mi hijo(a) con el proveedor de salud de mi hijo(a) con fines de evaluación y tratamiento médicos. Este formulario de consentimiento se mantendrá vigente hasta que termine la inscripción del estudiante, o hasta que yo revoque/nosotros revoquemos este contrato por escrito.

(Firma) Padre/tutor legal

Fecha

Nombre (en letra de molde)

Si tiene alguna pregunta, llame al número telefónico indicado al frente de este formulario.