



**CENTRO DE RECURSOS PARA LA SALUD DE RICHFIELD
CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA**

Los niños y los jóvenes, desde el nacimiento hasta la graduación de la escuela secundaria, que vivan, trabajen o asistan a la escuela en el distrito escolar público de Richfield, son elegibles para recibir atención médica gratuita en el Centro de recursos para la salud de Richfield. Para que reciban los servicios médicos que se mencionan a continuación, debe completar este formulario de consentimiento y entregarlo al Centro de recursos para la salud de Richfield.

Doy permiso para que mi hijo use los servicios médicos del Centro de recursos para la salud de Richfield.

Nombre del niño: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Permitiré que mi hijo reciba **TODOS*** los servicios médicos, que incluyen lo siguiente:

- **Atención de rutina:** tratamiento de afecciones menores como resfriados, gripe, infecciones, dolores de cabeza, dolores de oído, dolores de garganta, esguinces, cortes, quemaduras, problemas cutáneos, dolor estomacal y dolor de espalda; exámenes físicos para deportes; exámenes de la vista y la audición; y vacunas.
- **Educación para la salud:** control del peso, asesoramiento sobre dietas especiales, prevención del consumo de tabaco y promoción de la seguridad.
- **Servicios de laboratorio:** análisis de sangre y de orina de rutina, exudados faríngeos y análisis de la diabetes.
- **Asesoramiento:** ayudar a lidiar con el estrés, la ansiedad, la depresión, el abuso y la negligencia, salud mental, desarrollo del autoestima y prevención del suicidio.

*** IMPORTANTE:** si de los servicios mencionados anteriormente hay alguno que no quiere que su hijo reciba, táchelo. Solo recibirá aquellos servicios que permanezcan en la lista. Tenga en cuenta que la ley de Minnesota permite que su hijo reciba tratamiento, sin su permiso o consentimiento, para infecciones de transmisión sexual, dependencia de sustancias, y embarazo y afecciones asociadas con el embarazo, incluida la prevención del embarazo.

Alergias

Mi hijo tiene las siguientes alergias: _____

Medicamentos

Mi hijo recibe los siguientes medicamentos: _____

¿Tiene seguro médico? **SÍ** _____ **NO** _____

Pedimos esta información solo para coordinar con el programa Minnesota Vaccine for Children. Las visitas médicas al Centro de recursos para la salud de Richfield son gratuitas y no se le cobrarán a su seguro.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Padre, madre o tutor)

Relación con el estudiante: _____ **Teléfono para llamar durante el día:** _____

Este formulario de consentimiento se archivará en la clínica y será válido durante un año académico. Se requiere un consentimiento por escrito anualmente.

Devuelva el formulario firmado a _____