



## Departamento de Salud del Distrito #10 Formulario de Firma Clinica

Doy mi permiso al Departamento de Salud de Distrito #10 para soltar mi informacion medica a mi proveedor segun sea necesario para fines de facturacion.

Si su servicio no cubre beneficios bajo su plan de seguro y que no ha cumplido con su deducible o los copagos o esta fuera de la red, se le facturara el costo de las cuotas de servicio o administracion como lo indique el estado de Michigan.

Reconozco haber recibido un aviso actual de practicas de privacidad Fecha: \_\_\_\_\_

del Departamento de Salud #10

Tengo entendido que el aviso contiene mis derechos y el Departamento de Salud sera responsable con respect a mi informacion protegida de la salud.

Cientes de Inmunizacion:

Me han dado una copia y que he leido o se ma han explicado. La informacion que figura en el communicado de Informacion sobre la vacuna (VIS) por encima de la enfermedad (s) y la vacuna (S) que van a ser administados hoy. Si tu servicios no son cubiertos y ustedes eligible para el program VFC (Vacunas para los ninos), usted sera facturado solo la cuota de administracion.

He tenido oportuniad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacion. Entiendo los beneficios y riesgos de los servicios especificos y pido que se me de el servicio que he pedido ala persona nombrada arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta peticion y pido que se register la administracion de servicios.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Centro de salud de adolescents de Shelby  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRE/GUARDIAN/CLIENTE**

(Por favor lea y complete el de enfrente y atras)

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

El centro de salud del adolescente de Shelby es un centro de salud en la escuela apoyado por una beca del Departamento de Michigan, o salud de la comunidad en colaboracion con el distrito de salud Departamento #10 y las escuelas publicas del area de Shelby. El centro de salud se encuentra en la escuela mediana de Shelby. Servira a estudiantes de Escuelas de la Area de Oceana, como cualquier estudiante entre las edades de 10 a 21 anos en la comunidad.

|  |
|--|
| <b>SERVICIOS QUE PUEDEN SER PROPORCIONADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE ADOLESCENTES DE SHELBY</b> |
|--|

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los examenes fisicos para la escuela, deportes y campos-pueden incluir examenes de audicion y vision, examenes de laboratorio basicos etc.</li> <li>• Cuidado de enfermedad menor como dolores de garganta o dolores de oidos</li> <li>• Tratamiento por enfermedad cronica y lesiones( diabetes, asma)</li> <li>• Prescription o medicamento sin receta medica</li> <li>• Imunizacion</li> <li>• Seguimiento y evaluacion dental oral</li> <li>• Individuo, grupo, familia y educacion de la comunidad</li> <li>• Referidos para servicios especializados</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• *Referencias y asesoramiento fisico y abuso sexual</li> <li>• *Educacion sobre el abuso de sustancias, consejeria y referencias</li> <li>• *Salud mental y evaluacion psicosocial, evaluacion, consejeria y referencias</li> <li>• *Pruebas de embarazo y referencias</li> <li>• * Servicios de salud reproductive incluida la prevencion de embarazo consejeria, examenes de enfermedades de transmision sexual, tratamiento y consejeria</li> </ul> <p>(*) Actual Ley de Michigan permite servicios confidenciales a los menores en estas areas.</p> |
|--|---|

**SERVICIOS NO PROPORCIONADOS**  
NINGUNA distrubucion o prescription de pildoras anticoncetivas o dispositivos  
NO aseoramiento de aborto, referencias o servicios

- Doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado arriba reciba todos los servicios como se indicant en este document:
  - Si usted no desea que su hijo se le de algun medicamento ( por ejemplo antibioticos) marque esta caja
  - Si usted no desea que su hijo se le de medicamento sin receta medica (por ejemple Tylenol, Maalox etc), marque aqui
  - Si usted no desea que su hijo reciba las vacunas, marque esta caja
- Reconozco que mi hijo pude obtener los servicios con Estrella arriba sin el conosentimiento por ley de Michigan
- Al frimar este formulario de consentimiento, certifico que soy el tutor legal y el custodio legal del estudiante nombrado arriba.
- Entiendo que una vez que firmo la forma del permiso, no sera necesario renovar la forma cada ano.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para servicios inmediato por notificacion por escrito al centro de salud cualquier momento y entiendo que es mi responsabilidad para asegurarme de que el centro de salud reciba mi retiro de consentimiento.
- Authorizo al centro de sallud para libreria informacion con respect al tratamiento a terceros pagadores o otros con el fin de recibir el pago por servicios. Ademas authorize al centro de salud y medico de atencion primario de mi hijo para intercambiar informacion de salud con el fin de continuidad y coordinacion del cuidado. Doy la autorizacion al Centro medico de obtener una copis del registro de vacunas del estudiante de la escuela, medico de primaria o Departamento de Salud #10
- Entiendo que como entidad de DHD#10, centro de salud particeps y reconoce las normas de la ley de privacidad o informacion de salud establecidos por DHD #10

Firma de Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

REGRESELO A: Centro de Salud de Adolescentes de Shelby