



**Centro de Salud Escolar  
Autorización para tratar al menor de edad**

El Programa Escolar de Atención Médica de SIHF es una asociación con el Distrito Escolar de la Unidad Comunitaria No. 0 de Collinsville (CCUSD) para brindar servicios de atención médica primaria. Al completar este formulario y dar su consentimiento para los servicios, está otorgando permiso para la evaluación y el tratamiento de su hijo. Además, está otorgando permiso para la divulgación de la información necesaria por parte de SIHF Healthcare y CCUSD con el fin de documentar el cumplimiento de los requisitos estatales y para la planificación y prestación de atención médica de calidad (Ej., Historial médico básico, registros de vacunación y actividades escolares deportivas y exámenes físicos).

Por la presente solicito, autorizo y doy mi consentimiento para la inscripción de mi hijo/a en el Centro de Salud Escolar de Collinsville ("SBHC") para recibir los servicios ofrecidos por SBHC. Entiendo que mi firma en este consentimiento permite que el médico / proveedor de atención médica, enfermeras y otros proveedores de atención médica en formación, bajo la supervisión del personal apropiado, brinden servicios de salud integrales a mi hijo/a.

**Todos los estudiantes menores de 18 años son elegibles para los servicios si han obtenido el consentimiento de los padres por escrito o si la ley de Illinois les permite dar su consentimiento en su propio nombre para dicha atención. Además, un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois le permite dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica.**

No se realizarán experimentos o investigaciones médicas sobre su hijo en ningún momento durante la inscripción de su hijo / hija en Collinsville. Los servicios brindados incluyen atención médica de rutina, cuidados agudos y preventivos, exámenes de laboratorio, exámenes de detección y tratamiento de ETS, inmunizaciones, pruebas de embarazo, servicios de salud reproductiva, exámenes físicos escolares y deportivos, asesoramiento, servicios de nutrición, educación para la salud para promover estilos de vida saludables, referencias para otros casos necesarios, y servicios de atención de emergencia.

Entiendo que el personal de SBHC puede solicitar que firme formularios adicionales con respecto a ciertos tipos de tratamientos o procedimientos para mi hijo. Entiendo que mi hijo puede dar su consentimiento para ciertos tipos de servicios, y que se garantizará la confidencialidad entre el estudiante y los profesionales de SBHC en áreas específicas designadas por la ley de Illinois, y no se discutirá con el padre / tutor a menos que el estudiante esté de acuerdo. \* Yo además comprendo que los registros médicos obtenidos por SBHC son confidenciales.

Doy mi consentimiento para que los empleados profesionales de SIHF Healthcare accedan al historial de medicamentos de mi hijo y entreguen la vacuna de mi hijo y el formulario de Certificado de Examen de Salud Infantil al Distrito Escolar de Collinsville. Doy mi

consentimiento para que SBHC tenga acceso a los registros de salud de mi hijo mantenidos por el Distrito Escolar de Collinsville. Doy permiso para la divulgación de los registros e información médica de mi hijo a su médico, si así lo solicita.

Al completar este formulario, usted autoriza el pago del seguro de beneficios médicos a SIHF Healthcare y la divulgación de la información personal / médica necesaria para procesar las reclamaciones al seguro.

Esta autorización de consentimiento seguirá siendo válida y estará archivada en SIHF Healthcare y el programa escolar siempre que su hijo esté inscrito en el CCUSD. Se reserva el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

**Consentimiento para el tratamiento:**

Por la presente doy mi consentimiento para la inscripción de mi hijo en el Programa Escolar para el tratamiento médico que abarca el tratamiento de diagnóstico de rutina y el tratamiento médico por parte del personal médico o su designado según se determine necesario a su juicio para el bienestar de mi hijo. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a SIHF Healthcare.

**Doy permiso para los siguientes servicios:**

- Exámenes físicos (incluido los de deportes)
- Vacunas
- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones leves
- Pruebas de laboratorio

**Información de contacto y autorización del padre / tutor legal**

**Nombre:** (letra de molde) \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\* La ley del estado de Illinois requiere el consentimiento de un padre o tutor legal para brindar tratamiento médico a un niño menor de edad, excepto para planificación familiar, servicios de infecciones de transmisión sexual y ciertos servicios de salud mental cuando el menor tiene 12 años de edad o más. (Ley de consentimiento de menores a procedimientos médicos [410 ILCS 210 / 0.01, 4, 5 et seq.; 325 ILCS 10 / 0.01 et seq.)

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_

**Historial Médico**

**Alergias:** *(letra de molde)*

Medicamentos/drogas: \_\_\_\_\_

Comida: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Enfermedad crónica/hospitalización o cirugía:** *(letra de molde)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Seguro de Salud**

**Número de identificación del beneficiario de Medicaid:** \_\_\_\_\_

**Otro seguro médico**

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Suscriptor principal: \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

**Farmacia de preferencia**

Nombre: \_\_\_\_\_

Localización: \_\_\_\_\_