

PARENT CONSENT FORM
SCHOOL-BASED HEALTH CENTER
ELSIE ALLEN HIGH SCHOOL

Informed Consent for Treatment
And Preventive Health Care

Name of Student _____ Grade _____
Address _____ Home Phone _____
City _____ Zip Code _____
Student's Date of Birth _____ Social Security # _____
Parent/Guardian Name _____
Relationship _____
Address (if different) _____
Parent/Guardian Employer _____
Other contact phone number(s) _____

Current Services:

- Treatment of minor illnesses (sore throats, earaches, headaches, etc.) including prescription and/or dispensing of medication.
- Treatment of minor injuries
- Employment and sports physicals
- Immunizations such as Polio, Td, Tdap, Hepatitis B, Hepatitis A, Meningoccal, HPV, Varicella, MMR and Flu vaccine
- Testing for tuberculosis
- Laboratory tests (anemia, urine, etc.)
- Diagnosis/treatment of sexually transmitted diseases
- Preventive health education services, including substance abuse
- Referrals for illnesses/issues not suitable for management in the health center
- Mental health services, such as crisis counseling and emotional concerns
 - I authorize my minor child to be seen in individual counseling by a licensed therapist or a non-licensed, supervised therapist. (Parent's initials) ____ YES ____ NO

I give consent for the School Health Office to release health records, including immunizations and mandated screening results to the health center staff. I give my consent for the Health Center staff to communicate with the School Health Office, if this conversation would contribute to a successful treatment plan for the student.

I have read and completed this consent form for my child. This consent is valid until my child's eighteenth birthday. I further understand that I may withdraw or modify at any time this consent with written, verified notification.

I give my consent for the staff of Elsie Allen Health Center to provide those services listed.

Print Name of Parent/legal guardian _____
Signature of Parent/legal guardian _____ Date _____
Student Signature _____ Date _____
Does your child have allergies to medications? Yes ____ No ____
Medication Allergies _____



INSURANCE INFORMATION

Whenever possible the Health Center will bill your insurance plan to receive payment for medical services. If you have insurance, please provide the insurance information requested, and a photocopy of the front and back of the insurance card.

Do you have health insurance or MediCal? Yes _____ No _____

Medi-Cal Number _____

Name of other insurance _____

Insurance Policy Number _____

Name of Policy Holder _____

Relationship to student _____

Name of Employer _____

Regular Physician _____ Phone _____

All patient information is confidential. However, we acknowledge that the High School Health Center may be required to release information regarding treatment to third party payers, such as MediCal or insurance for the purpose of billing. We also authorize the exchange of information regarding treatment to social services or others for any reason in accordance with acceptable medical practice and pursuant to the law.

**FORMA DE AUTORIZACION DEL PADRE PARA
EL CENTRO DE SALUD SITUADO EN LA ESCUELA
ELSIE ALLEN HIGH SCHOOL**

Autorización Informada para Tratamiento y
Otros Cuidados de Salud Preventivos



Nombre del Estudiante _____ Grado _____
 Domicilio _____ N° del tel. _____
 Ciudad _____ Código Postal _____
 Fecha de Nacimiento del Estudiante _____ N° del Seguro Social _____
 Nombre del Padre/Guardián _____ Relación _____
 Domicilio (si es diferente) _____
 Nombre de Compañía de trabajo del Padre/Guardián _____
 Otro numero de contacto _____

Servicios Médicos:

- Tratamiento de enfermedades menores (inflamación de garganta, dolor de oído y dolor de cabeza, etc. incluyendo recetas y/o distribución de medicamentos.
- Tratamiento de lastimaduras menores (torceduras, cortadas y heridas)
- Chequeos físicos para deportes y trabajo
- Vacunas tal como las del Polio, Td, Tdap, Hepatitis B, Hepatitis A, Meningoccal, HPV, Varicella, MMR y la Influenza
- Pruebas para la tuberculosis (PPD)
- Pruebas de laboratorio (anemia, orina, etc.)
- Diagnóstico y tratamiento para enfermedades transmitidas sexualmente
- Servicios educativos de salud preventiva, incluyendo la del abuso de sustancias
- Referencias para enfermedades / casos que no sean apropiados para ser tratados en el centro de salud
- Servicios de salud mental, tal como consejería de crisis y preocupaciones emocionales
 - Yo autorizo que mi hijo / hija menor reciba consejería individual por un terapeuta licenciada o un terapeuta no licenciada supervisada.
(Iniciales de Padre / Guardián) _____ SI _____ NO

Yo doy mi autorización para que la Oficina de Salud de la escuela proporcione información a los empleados del Centro de Salud incluyendo vacunas y resultados de pruebas exigidas. Yo doy mi autorización para que los empleados del Centro de Salud se comuniquen con la Oficina de Salud de la escuela, para que contribuya a un plan de tratamiento beneficioso para el estudiante.

Yo he leído y completado esta forma de autorización para mi hijo/a. Esta autorización es valida hasta que mi hijo/a cumple dieciocho años. Yo también entiendo que la autorización puede ser retirada o modificada en cualquier momento en escrito o con una notificación verificada.

Yo autorizo al personal del Centro de Salud Elsie Allen que provean los servicios mencionados arriba.

Escriba el nombre del padre/guardián _____
 Firma del padre/guardián _____ Fecha _____
 Firma del estudiante _____ Fecha _____
 ¿Es su hijo/a alérgico a alguna medicina? Sí _____ No _____
 Nombre de la medicina _____

INFORMACION DE SEGURO DE SALUD

Cuando sea posible, el Centro de Salud cobrará de su plan de seguro para recibir pago por los servicios médicos que se han brindado. Proporcionémos la información sobre su MediCal y/u otros seguros de salud que le pedimos. Si le es posible, favor de incluir una fotocopia de los dos lados de su tarjeta de seguro de salud.

¿Tiene usted seguro de salud o MediCal? Sí _____ No _____

N° de MediCal _____

Nombre de otro seguro de salud _____

N° de la Póliza de Seguro de Salud _____

Nombre de la persona principal de la póliza _____

Relación al estudiante _____

Nombre de la compañía en cual la persona trabaja _____

Doctor / HMO regular _____ N° de tel. _____

Toda la información del paciente será considerada confidencial. Sin embargo, nosotros reconocemos que el Centro de Salud de la escuela EAHS puede ser exigido a que proporcione información sobre el tratamiento por los otros partidos que pagan estos servicios, tal como MediCal o las compañías de seguro. Nosotros autorizamos para que intercambie información con el servicio social y otros referente al tratamiento o por alguna razón de acuerdo con la aceptación de la práctica medica y conforme con la ley.