



CareSTL Health - Headquarters
5471 Dr. Martin Luther King Drive
Saint Louis, Missouri 63112
Office: 314.367.5820 Fax: 314.367.7010

CareSTL Health
5541 Riverchase Boulevard
Saint Louis, Missouri 63120
Office: 314.289.4956 Fax: 314.289.5514

CareSTL Health
4500 Pope Avenue
Saint Louis, Missouri 63115
Office: 314.289.3900 Fax: 314.289.2484

School-Based Health Centers
 Hazelwood School District
 Jennings School District
 Ritecours School District
 Riverview Gardens School District

CareSTL Health
8285 Whittier Street
Saint Louis, Missouri 63118
Office: 314.371.0100 Fax: 314.289.8718

For more information visit...

www.carestlhealth.org

De Servicios de Salud Escolares – Autorización para tratar a un menor de edad

El Centro de Servicios de Salud Escolares es una asociación entre CareSTL Health y _____. Completando esta forma y optando por los servicios, se permite la evaluación y tratamiento de su hijo. Adicionalmente, se permite la divulgación de información (ej. notas, registros de asistencia, IEP, planes de 504, y historial básico de salud) del _____ a CareSTL Health. Esta forma de autorización permanecerá archivado en el registro médico de su hijo para referencia futura. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Me opto y doy permiso para que CareSTL Health para el trate a mi hijo y doy mi consentimiento para la administración de las vacunas requeridas y/o medicamentos determinados por el proveedor para ser necesarios para el cuidado del mi hijo y la **siguiente atención médica/dental** (marque todos los que apliquen):

- Inmunizaciones
- Exámenes físicos
- Evaluación, diagnóstico, y tratamiento de enfermedad y herida menor

Cuidado dental pediátrico (Puede incluir empastes, extracciones, selladores, coronas y fluoruro de diamina de plata según sea necesario.

Me opto y doy permiso para que CareSTL Health trate a mi hijo y doy mi consentimiento para cualquier servicio de **salud conductual y/o consejería** determinado por el proveedor para ser necesario para el cuidado de mi hijo.

Me excluyo. No quiero que CareSTL Health trate a mi hijo por servicios médicos, dentales o de salud conductual.

Nombre de escuela _____ Nombre del hijo _____

Fecha de nacimiento _____ Idioma _____ Género al nacer M or F

Orientación Sexual Lesbiana o Gay Heterosexual Bisexual No sabe Elija no responder Otro: _____

Identidad de Género Hombre Mujer Mujer-Hombre Hombre-Mujer Genderqueer, nero, ni hombre ni mujer Eligen no responder Otro: _____

Ethnicity Hispanic/Latino Non-Hispanic/Latino **Race** Black White Asian American Indian Native Hawaiian/Pacific Islander Other: _____

Autorización de Padre/Guardián Legal y Información del contacto:

Nombre _____ Teléfono # _____

Dirección _____

Email _____

Firma _____ Fecha _____

COMPLETA POR FAVOR: HISTORIAL MÉDICO

Fecha del ultimo examen físico _____ Fecha del ultimo examen dental _____
Alergias (comida o drogas) _____
Enfermedad médica pasada/historia quirúrgica _____
Médico primario del hijo (Si alguna) _____ Teléfono # _____
Plan de Seguro _____ Número de póliza _____
Primary Subscriber _____ Grupo # _____
Plan de Seguro Dental _____ Farmacia preferida _____

CareSTL Health – Acompañar a un menor Consentimiento

En el caso de que su estudiante sea derivado a uno de los principales centros de atención médica de CareSTL Health para recibir servicios adicionales, puede otorgar permiso para que personas que no sean usted acompañen al estudiante a la cita. Enumere a continuación a todas las personas a las que autorice:

Nombre

Relación con el estudiante

Nombre

Relación con el estudiante

Nombre

Relación con el estudiante

Nombre

Relación con el estudiante

Nombre

Relación con el estudiante