

# Clinica Movil de La Maestra/Distrito Escolar Unificado de San Diego

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

Nombre de alumno/a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ #Del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_ Tel. de dia: \_\_\_\_\_  
En una emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Enfermedades Graves: \_\_\_\_\_  
Medicinas que toma habitualmente: \_\_\_\_\_

Lei y convengo sobre los servicios que ofrecen la Clinica Movil de La Maestra como se describen abajo. Por lo tanto, entiendo que los servicios que autorizo con mi firma en este formulario son servicios del cuidado de la salud sencillos, comunes o rutinarios y los tratamientos serán limitados a;

Diagnosis y tratamientos de enfermedades menores y agudas, primeros auxilios para lesiones menores, exámenes físicos, asistencia en general con enfermedades crónicas (continuas) tales como asma, desordenes de ataques, diabetes, acné, vacunes, evaluaciones de la vista y auditavas, servicios psicológicos (incluyendo servicios de salud mental) medicinas recetadas y de compra sin receta, programas de dietas y control del peso/asesoría de nutrición, información sobre la planificación familiar y recomendaciones, recomendaciones/pases a servicios de cuidado de la salud que la Clinica Movil de La Maestra no puede proveer tales como servicios de laboratorio y de rayos x.

Abajo enlisto los servicios **QUE NO** quiero que este alumno/a reciba en la Clinica Movil de La Maestra:

---

Es de mi entendimiento que este consentimiento cubre solamente esos servicios proporcionados en la clínica y que no autoriza los servicios prestados en cualquier otra instalación privada o pública.

Por la presente autorizo al medico u otro personal profesional de prestar el tratamiento necesario y/o conveniente para mi hijo o hija. Este alumno/ a tiene mi permiso de recibir todos los servicios que la Clinica Movil de La Maestra ofrece A **EXCEPCION** de los que especifique anteriormente.

Sabemos que los alumnos están inscritos directamente en la Clinica Familiar La Maestra cuando reciben cuidado en la clínica de la escuela y que esto facilitara las cosas cuando escojamos ir la Clinica Familiar La Maestra para servicios adicionales no disponibles en la clínica de la escuela, tales como cuidado dental y vacunas.

Los expedientes médicos se guardaran de una manera confidencial, no obstante, me doy por enterado/a que la Clinica Movil de La Maestra podría divulgar información relacionada al tratamiento a terceras personas tales como Medi-Cal o companias de seguro por el propósito de facturación y por cualquier otro motivo de acuerdos a las practicas medicas aceptables en seguimiento a la ley.

**Firma del padre/madre/tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Firma del alumno/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si su hijo/a tiene un seguro medico u otro medico por favor llene lo siguiente:

Nombre del Seguro/Proveedor: \_\_\_\_\_ # de tel: \_\_\_\_\_

“El Distrito Escolar Unificado de San Diego no Discrimina en relación al genero, raza, color, nacionalidad, ascendencia/etnia, estado martial o paternal, edad, discapacidad fisica o mental, orientación sexual u otra consideración contra la ley.”

