



Name: _____

DOB: ____/____/____ ID# _____

Sex: M F

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Nombre del/de la cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doy mi autorización para que los Centros de Salud Estudiantil (SHC, por sus siglas en inglés) del Condado de Multnomah le brinden atención médica al cliente mencionado anteriormente.

Entiendo que se ofrecen los siguientes tipos de servicios a través del SHC:

- Revisiones periódicas
- Exámenes médicos deportivos
- Atención por enfermedad o lesión
- Vacunas
- Salud mental, incluyendo orientación
- Salud reproductiva de acuerdo con la edad
- Análisis de laboratorio de rutina
- Medicamentos recetados
- Evaluación dental, de la vista y de la presión arterial
- Educación para la salud, orientación y promoción del bienestar
- Referencias para servicios como radiografías, resonancias magnéticas (MRI, por sus siglas en inglés) y atención especializada

El personal clínico del Centro de Salud Estudiantil (SHC, por sus siglas en inglés) comparte información médica adecuada con el personal de enfermería de los Servicios Escolares de Salud del Distrito de Servicio de Educación de Multnomah para poder apoyar la coordinación de la atención para estudiantes con necesidades médicas especiales.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de que se resuelvan mis dudas.

Entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento.*

Firma del padre/de la madre/del tutor

Fecha

Teléfono del hogar

Teléfono celular

Teléfono durante el día

* La ley estatal de Oregon requiere la autorización de un padre/madre o tutor legal para proporcionar tratamiento médico a un individuo menor a 15 años de edad, excepto cuando se trate de planeación familiar, servicios para enfermedades de transmisión sexual y ciertos servicios de salud mental, ORS 109.610, ORS 109.640, ORS 109.675.