



The Door – A Center Of Alternatives, Inc.
Centro de Salud para Adolescentes

SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADOR

Nombre del niño (nombre y apellido): _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Alérgico a algún fármaco? No Sí En caso afirmativo, especifique: _____

¿Medicación actual? No Sí En caso afirmativo, especifique: _____

Autorizo a mi hijo a recibir servicios de asistencia médica en el Centro de Salud para Adolescentes The Door, para servicios médicos de rutina, tratamiento de enfermedad y/o en caso de una emergencia.

Los servicios pueden incluir:

• **Asistencia primaria**

- Un examen físico completo, incluidos los exámenes físicos para deportes, para la escuela o campamento, análisis básicos de laboratorio, prueba de diagnóstico, primeros auxilios, medicamentos recetados, vacunas, visitas por enfermedad, tratamiento por lesión, evaluación psicosocial, servicios de salud mental, asesoramiento nutricional, dermatología y derivaciones externas, según sea necesario.

• **Atención odontológica**

- Un examen bucal, incluido el cuidado y la limpieza general, radiografías digitales, empastes, tratamientos de fluoruro, selladores, educación e instrucciones sobre la salud bucal y derivaciones para una atención odontológica de seguimiento, según sea necesario.

• **Atención oftalmológica**

- Un examen ocular exhaustivo, incluido diagnóstico y tratamiento, evaluación binocular, evaluación de glaucoma y catarata, control de la salud ocular para evaluar infección o enfermedad, y derivaciones, según sea necesario.
- Examen de dilatación - Se trata de un procedimiento en el que se instilan gotas en cada ojo para aumentar el tamaño de la pupila de manera que el médico pueda revisar mejor la parte interna del ojo. Este procedimiento es recomendado por el médico para realizar un examen de la salud ocular lo más exhaustivo posible.

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre legítimo o el cuidador del niño identificado arriba y que actúo dentro de mi competencia al firmar el presente formulario de consentimiento.

Nombre del padre o cuidador (LETRA IMPRENTA)

Firma del padre o cuidador

Fecha

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono particular

Número de teléfono móvil

Inf. de contacto de emergencia (a completar por el padre o cuidador):

Nombre en letra imprenta

Relación

Número de teléfono del contacto