

**CENTRO DE SALUD DE UPHAM'S CORNER
500 COLUMBIA ROAD
DORCHESTER, MA 02125
617-287-8000**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO y INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN
(Padre o tutor legal del menor)**

Nombre del menor: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de registro médico: _____

Consentimiento para el tratamiento

Soy consciente de los servicios integrados que se ofrecen en el centro de salud De Upham's (UCHC). Entiendo que tengo la oportunidad de hablar sobre estos servicios con el personal del centro de salud. Soy consciente de que debido a que la persona mencionada anteriormente es menor de 18 años, se necesita mi consentimiento para que reciba ciertos servicios. Por la presente doy mi consentimiento / permiso para que mi hijo / hija / otra persona reciba servicios de rutina y preventivos en UCHC, que pueden incluir lo siguiente:

- Evaluación, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y / o lesiones leves o agudas;
- Exámenes médicos generales (como exámenes físicos escolares, de campamento, deportivos o laborales);
- Exámenes de la vista (incluida la dilatación) y ajustes de lentes de contacto;
- Exámenes dentales, así como tratamientos dentales de rutina, preventivos y restaurativos;
- Asesoramiento sobre salud conductual si lo solicita el paciente y / o el proveedor lo recomienda;
- Manejo de lesiones y enfermedades de larga duración;
- Pruebas de laboratorio y de detección para enfermedades leves y agudas (como TB);
- Vacunas estándar; y
- Asesoramiento en educación para la salud en temas como nutrición, control de peso, dejar de fumar, prevención de drogas y alcohol, prevención del VIH / ETS y prevención del embarazo.

Consentimiento para el intercambio de información

Entiendo que UCHC puede usar / divulgar información médica para coordinar la atención y el tratamiento según sea necesario. Estoy de acuerdo con las siguientes divulgaciones según sea necesario para la atención médica adecuada:

- Intercambio de información entre Upham's Corner Health Center y otros proveedores de atención médica, incluidos proveedores de atención primaria y enfermeras escolares;
- Referencias al proveedor de atención primaria del menor y / u otro proveedor de atención médica.

Firma

He leído y entiendo este formulario de consentimiento. Doy mi consentimiento / permiso para que mi hijo / hija / otra persona reciba atención en Upham's Corner Health Center. Entiendo que este consentimiento será válido por un año a partir de la fecha en que lo firme y puedo retirar o modificar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

- Obtuve el consentimiento verbal para la administración de la vacuna COVID por teléfono (Número: _____ / _____ - _____) del padre o tutor: _____