

CONSENTIMIENTO

Programa en California Para la Salud y Prevención
de Incapacidades en Niños (CHDP)

Por este medio doy mi permiso para que _____

Nombre del paciente

reciba un examen de salud é inmunizaciones recomendadas por CHDP. Por este medio doy mi autorización para dar información tocante a los resultados del examen al personal de CHDP. También autorizo dar información a los siguientes lugares con contraseña(s) abajo. Yo entiendo que la información dada al personal de CHDP se mantendrá estrictamente confidencial y se usará solamente para facilitar la provisión de servicios de salud, y permitir la colección de estadísticas tocantes a los resultados de estos exámenes.

☐

Escuela

Nombre

Dirección

☐Proveedor de
servicios de salud

Santa Lucia Medical Group
1336 Natividad Rd
Salinas, CA 93906
PH# 831-544-4444

Dirección

☐

Otro

Nombre

Dirección

Firma del pariente, acudiente, o menor de edad emancipado.

Fecha

Nombre del pariente, acudiente, o menor de edad emancipado.

Screening Provider: This form signed by parent, guardian, or emancipated minor must be retained in patient's file.