

Open Door Port Chester-Rye UFSD School Based Health Center Consent Form

Student Name:		Date of Birth:	
Address:		Zip Code:	

I give consent for my son/daughter to receive services at the Port Chester UFSD School Based Health Center. I authorize a provider or designated health professional to provide health services as follows.

- Routine physical exams
- Diagnosis and treatment of acute and chronic illness
- Treatment of minor injuries
- Vision and hearing screenings
- Immunizations
- Health education, counseling, and wellness promotion
- Nutrition education and weight management
- Preventative dental care (including screenings and treatment)
- Sports physicals
- Prescription medications
- Age appropriate reproductive health services, e.g., abstinence/family planning counseling, education, exams, pregnancy and STD testing, and referrals
- Mental Health/ Behavioral Health
- Referral for health care services which cannot be provided at the School Based Health Center.

I give permission for necessary medical tests, evaluations, and management of my child’s medical care. I consent to the exchange of health history between the school nurse, child’s doctor, counselor, social worker at FSW or Guidance Center and any other medical professional that may be necessary for the health of my child. The student’s health center record is electronic and will be maintained as a confidential medical record; it is not a school record. I also understand confidentiality will be observed between school staff and the student’s using the Center.

I further authorize Open Door Family Medical Centers to release information regarding treatment to third party payers or other for purposes of billing and for any reason that may be required to comply with statutes or regulations in accordance with accepted medical practices.

I have read the above information and have had the opportunity to have any of my questions answered. I understand that this consent form will remain in effect as long as my child is enrolled in the Port Chester-Rye UFSD, unless I notify the Health Center in writing. I understand that I may revoke my consent at any time.

I also understand that this form will automatically expire when the student named above is no longer enrolled in an elementary school served by SBHC program.

CONTACT INFORMATION	Signature of Parent or Legal Guardian _____ Date: _____
	Home Phone: _____
	Day Phone: _____
	Cell Phone: _____

School: _____

Consentimiento para: Open Door Port Chester-Rye UFSD School Based Health Center

Nombre del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Código Postal:	

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/hija reciba servicios de salud en el Centro de Salud Escolar de Port Chester-Rye (Open Door). Autorizo que un médico ó profesional de la salud provea servicios de salud tales como:

- Exámenes físicos anuales incluyendo exámenes físicos para deportes.
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas
- Tratamiento de lesiones menores.
- Exámenes de la visión y oído.
- Vacunaciones.
- Educación en temas de salud, consejería y promoción de la salud integral.
- Educación en Nutrición y manejo del peso.
- Cuidado Dental Preventivo (incluyendo chequeos y tratamiento).
- Medicamentos con receta.
- Servicios de Salud Reproductiva apropiada según la edad, por ejemplo: consejería de abstinencia, educación, exámenes de enfermedades de transmisión sexual y embarazo, consultas a especialistas.
- Salud Mental y Conductual
- Consultas con especialistas de servicios de salud que no provea el Centro de Salud Open Door con base en las Escuelas de Port Chester.

Yo doy mi permiso para que se le practiquen los exámenes médicos, evaluaciones, y el tratamiento necesario para el cuidado de la salud de mi hijo/hija.

Yo consiento el intercambio de información médica entre la enfermera de la escuela, el médico de mi hijo/a, el consejero y cualquier otro profesional médico que pueda ser necesario para el cuidado de la salud de mi hijo/a. El record médico del estudiante es electrónico y sera mantenido como un record médico confidencial, no es un record escolar. Yo también entiendo que la confidencialidad será observada entre el personal de la escuela y el estudiante que usa el Centro de Salud.

Finalmente, autorizo a Open Door Family Medical Centers que provea información acerca del tratamiento, a Terceros Pagantes ó a otros con el propósito de facturación y por cualquier motivo que sea necesario para cumplir con la leyes y regulaciones de acuerdo con las normas aceptadas de la medicina.

Yo he leído toda la información anterior y tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas. Yo comprendo que este consentimiento tendrá vigencia por todo el tiempo que mi hijo/a permanezca matriculado en el Distrito Escolar Free Union de Port Chester-Rye, a menos que yo notifique al Centro de Salud por escrito. Yo comprendo además que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Firma del padre ó guardián legal	_____ Fecha: _____
Teléfonos donde contactarlo	Casa:
	Trabajo:
	Celular:

Escuela: _____