

**Centro de Salud Escolar Dr. Joel y Carol Bower**  
**Antes, Centro de Salud Escolar de la Escuela Preparatoria Basic y de El Colegio del Estado de Nevada, al servicio de los estudiantes de las escuelas del área en Henderson**

**Forma de Consentimiento de Padres o Tutores Legales**

El Colegio del Estado de Nevada y el Distrito Escolar Clark trabajan juntos para dar asistencia médica a los estudiantes de la escuela donde asiste su hijo(a). Ellos pueden recibir asistencia médica en el Centro de Salud localizado en el estacionamiento de la escuela Preparatoria Basic, 400 N Palo Verde Dr., Henderson 89015. Para más información, llamar al 799-0508.

**Es necesario que usted firme esta forma para que su hijo (a) reciba los siguientes servicios:**

1. Primeros auxilios, servicios de emergencia menores.
2. Exámenes físicos preventivos, para deportes, ROTC, trabajo o universidad.
3. Tratamiento de enfermedades (dolores de estómago, de oídos, cortadas, gripas, tos, etc.)
4. Vacunas requeridas por el Distrito Escolar Clark.
5. Análisis de sangre u orina cuando sean necesarios.
6. Educación sobre prevención y salud.
7. Control de enfermedades como asma y diabetes.
8. Exámenes de salud mental y referencias para su atención.
9. Exámenes dentales y referencias.
10. Recetas médicas y medicina sin receta.

**El Centro de Salud Escolar no proporciona educación sexual, planificación familiar, ni receta anticonceptivos.**

Además de las vacunas requeridas por el Distrito Escolar, contamos con otras recomendadas por el CDC. Si usted autoriza que su hijo/a las reciba, marque el cuadro correspondiente. Se requiere que el Padre o Tutor Legal llene un cuestionario sobre vacunas para que su hijo/a sea vacunado. Usted o su hijo/a puede recoger el cuestionario en la oficina de salud de la escuela o en el Centro de Salud Escolar.

Influenza (gripe) (disponible en el otoño)        Menactra ( Meningitis )        Gardisil (HPV) (sólo mujeres)

Firma del Padre o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, Padre o Tutor Legal de  
**Nombre del padre o madre o tutor legal (letra de molde)**

\_\_\_\_\_, doy autorización para que reciba  
**Nombre de su hijo(a) (letra de molde)**

atención médica en el Centro de Salud. También, doy permiso al Centro de Salud para que proporcione información médica a otros proveedores de salud y al personal escolar apropiado. Los estudiantes de la escuela Basic pueden ser atendidos en el Centro de Salud sin la presencia de sus padres, sólo con la referencia de la enfermera de la escuela.

Comprendo que soy bienvenido a la cita médica de mi hijo(a). También entiendo que si necesita receta médica, yo necesito ir al Centro de Salud o a la farmacia indicada por la medicina.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
**Padre de familia o Tutor Legal**

**\*\* Los padres o tutores legales serán informados de las visitas de los hijos al Centro de Salud, con excepción de las prohibidas por la Ley del Estado de Nevada.**

## Información Adicional del Estudiante

Por favor llene la siguiente información para que podamos dar mejor servicio a su hijo(a).

**Alergias:** a medicinas, comidas, etc. (nómbrelas)

---

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

El Pediatra del niño/a \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Raza (Opcional): . Blanco no hispano . Afro-americano . Blanco hispano . Nativo Americano o Nativo de Alaska . Asiático . Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacífico . Otro

Idioma que se habla en casa: . Inglés . Español . Asiático . Otro: \_\_\_\_\_



## Información sobre su Seguro Médico

**Importante: Por favor anexe copia de su tarjeta de Medicaid, Nevada Check-up, o Seguro Médico Privado a la forma de Consentimiento de Padres para que nos ayude a transferir servicios indicados.**

• Sin Seguro Médico	Nombre del asegurado _____
• Seguro Privado	Número de seguro social del asegurado _____
• Medicaid	Nombre de aseguranza _____
• Nevada Check-up	Número de póliza _____



### **Autorización para proporcionarle información a mi Compañía de Seguro Médico**

Yo autorizo que se le de información médica, reporte de enfermedad y/o salud mental, diagnóstico y tratamiento a mi Compañía de Seguro Médico, o a otra tercera parte correspondiente para obtener el pago por los servicios médicos proporcionados.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha