

Innovative Arts Academy
Catasauqua, PA

Home Tel. _____ Work Tel. _____
Emergency Tel. _____
Signature _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR DEL

Los servicios a través del Programa de Salud Escolar serán provistos por el Hospital de Lehigh Valley (HLV). Para que su hijo pueda recibir cuidado, usted debe consentir al tratamiento provisto por el proveedor de salud que ofrece servicios en el Programa de Salud Escolar de su hijo. Usted también deberá autorizar a que el Programa de Salud Escolar y el médico primario compartan información de salud acerca de su hijo. Además, usted deberá proveer la siguiente información:

INFORMACIÓN DEL NIÑO	INFORMACIÓN DEL PADRE / GUARDIÁN
Nombre del niño(a): _____ del _____	Madre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Mes Día Año	Nombre: _____
Fecha del examen físico más reciente: _____	Padre: _____ Apellido: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Grado _____	Nombre: _____
Nombre de la Escuela: _____	Guardián Legal, si aplica: Apellido: _____ Nombre: _____
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____	Relación con el niño: _____
Médico Primario del Niño: Nombre: _____	Información de Contacto del Padre o Guardián: Tel. de casa: _____ Cel.: _____
Teléfono: _____	Tel. del trabajo: _____ Cel.: _____
Alergias: _____	Contacto de Emergencia Adicional: Nombre: _____
Medicamentos: _____	Relación con el niño: _____
Preocupaciones de salud: _____ (incluye embarazo): _____	Tel. de casa: _____ Cel.: _____
	Tel. del trabajo: _____ Cel.: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO	
Cobertura de Seguro: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Nombre del Seguro: _____

Número de Póliza: _____ Número de Grupo: _____
No deseo que mi hijo reciba los siguientes servicios: _____

Si el niño no tiene seguro médico, una aplicación deberá ser completada por los padres y entregada a la oficina del Programa de Asistencia Financiera del Hospital de Lehigh Valley. Si el proceso antes mencionado no se completa o si usted no califica para asistencia económica, podrá recibir una factura por servicios.

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Doy mi consentimiento y mi permiso para que mi hijo sea inscrito en el Programa de Salud Escolar y doy permiso para que mi hijo sea tratado y visto en el Programa de Salud Escolar, el cual puede incluir un examen de salud escolar, inmunizaciones obligatorias de la escuela y evaluaciones sobre salud del comportamiento. Mi consentimiento será válido por la duración del año escolar 2023-2024 y expira en 30/6/23. Si cambio de opinión y deseo retirar mi permiso, deberé notificarlo por escrito a _____

Innovative Arts Academy
Catasauqua, PA

Programa de Salud Escolar. Favor de comunicarse con la enfermera de la escuela si tiene preguntas.

Nombre _____

Dirección _____

Padre / Guardián (Letra de Molde)

Tel. de Casa: _____

Tel. del Trabajo _____

Tel. de Emergencia _____

Firma _____

Fecha: _____