



**CONSENTIMIENTO DE SALUD TRATAMIENTO Y FRACTURACIÓN DE SEGURO**

Por favor lea y firme abajo.

Doy el consentimiento para el tratamiento por el Centro de Salud Comunitario de Sudeste de Kansas para los servicios médicos, dentales y/o de salud mental. Entiendo que los servicios están disponibles sin discriminación prohibida por la ley federal y estatal. Si consiento a un menor, entiendo que ningún tratamiento será dado sin mi conocimiento o consentimiento a menos que sea una emergencia.

- Entiendo que la información en mi (si es un menor maduro) o el expediente medico de mi hijo es confidencial y no será divulgado a ninguna persona o agencia no autorizada sin consentimiento.
- Asigno a CHC/SEK todos y cada uno de los beneficios pagaderos de cualquier proveedor de seguro que cubre al paciente o persona responsable del cuidado del paciente que se pagará directamente a CHC/SEK que se aplicará a los cargos por los servicios prestados.
- Entiendo que los exámenes de vision y audición pueden ser facturados a mi compañía de seguros.
- Entiendo que CHC/SEK puede revelar todo o parte del historial medico del paciente a cualquier compañía de seguros, corporación o persona que sea o pueda ser responsable bajo un contrato o parte de los cargos de CHC/SEK, incluyendo pero no limitado a empresas de servicios medicos, compañía de seguros o fabricantes de productos farmacéuticos .
- Autorizo a CHC/SEK a revelar todo a cualquier parte de mi (si es un menor maduro) o el expediente de salud de mi hijo a mi (si es un menor) o al proveedor medico de mi hijo quien es\_\_\_\_\_.
- Autorizo a CHC/SEK a revelar todo o cualquier porción de mi (si es un menor maduro) o el historial de salud de mi hijo al personal de la escuela en lo que se refiere al éxito académico de mi hijo.
- Autorizo a CHC/SEK a examinar mi (si es un menor maduro) o los expedients escolares de mi hijo para ayudar al personal proveer el cuidado necesario para mi hijo.
- Si hay servicios de los que le gustaria retirarse, por favor, escríbalos aqui:

\_\_\_\_\_

**Con mi firma, certifico que entiendo lo dicho anterior y que estoy autorizado a firmar para el paciente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Agente, Representante, Padre, Tutor Legal o Responsable

\_\_\_\_\_  
Relación con la fecha del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del estudiante:\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_