

Entiendo los siguientes servicios estarán disponibles:

- El cuidado de enfermedades y lesiones agudas
- Atención a problemas físicos comunes a adolescentes (peso, acné, los problemas menstruales, de fumar)
- Los exámenes físicos (incluyendo los testículos, recto, senos y pélvico)
- Pruebas de laboratorio de rutina, tales como cultivos, análisis de orina y cribado de la anemia
- Las recetas de medicamentos como los antibiótico
- Ayuda en el cuidado de condiciones crónicas como asma o epilepsia.
- Pruebas de embarazo y consejo
- Evaluación de la salud mental y consejo a corto plazo (proporcionada por el Arapahoe, Douglas Red de Salud Mental)
- Prevención del uso de drogas y alcoholismo, la educación, la evaluación y consejo breve
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmitidas por sexo
- La información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos, incluyendo la abstinencia
- Siquiendo como solicitado por el medico de atención primaria
- Educación en salud
- Remisión para la prueba del HIV y consejo

El Centro de Salud no proporcionará los siguientes servicios:

- Proporcionando métodos anticonceptivos
- Los rayos X
- Hospitalización
- La prescripción de drogas psicoactivas
- El tratamiento a largo plazo de los problemas de salud mental
- El tratamiento de condiciones médicas complejas o psiquiátricas
- Interrupción del embarazo
- Vacunaciones
- El cuidado prenatal, incluyendo la entrega

Yo doy consentimiento para _____ para recibir los servicios
(Estudiante)

de salud del personal del Centro de Salud de Englewood High School.

Yo entiendo que el Centro de Salud no puede satisfacer todas las necesidades de salud que mi hijo / hija pueda tener. Si él / ella no tiene ya un medico de atención primaria, entiendo que el Centro de Salud puede proporcionar una lista de opciones disponibles. Doy mi consentimiento para el personal del Centro de Salud de preguntarle a mi hijo / hija sobre la satisfacción de su visita y entiendo que la información se mantendrá confidencial. Entiendo que algunos datos puedan ser utilizados en conjunto para evaluar si las necesidades de la comunidad sean cumplidas.

He leído y completado esta forma de consentimiento. Puedo llamar al Centro de Salud de Englewood High School (303-806-2219) con cualquier pregunta.

El consentimiento opcional del estudiante: Estoy dispuesto a compartir con mis padres / tutores la información que recibo en el Centro de Salud.

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del Estudiante
(opcional)

Fecha

Aprobado: Comité Asesor del Centro de Salud, 1/07