



CareSTL Health - Headquarters
5471 Dr. Martin Luther King Drive
Saint Louis, Missouri 63112
Office: 314.367.5820 Fax: 314.367.7010

CareSTL Health
5541 Riverview Boulevard
Saint Louis, Missouri 63120
Office: 314.389.4566 Fax: 314.389.5514

CareSTL Health
4500 Pope Avenue
Saint Louis, Missouri 63115
Office: 314.385.3990 Fax: 314.389.2464

School-Based Health Centers

- Hazelwood School District
- Jennings School District
- Ritenour School District
- Riverview Gardens School District

CareSTL Health
2425 Whittier Street
Saint Louis, Missouri 63113
Office: 314.371.3100 Fax: 314.289.8718

For more information visit...
www.carestlhealth.org



El Centro De Servicios de Salud Escolares – Autorización para tratar a un menor de edad

El Centro de Sevicios de Salud Escolares es una asociación entre CareSTL Health y el Distrito Escolar de Ritenour. Completando esta forma y optando por los servicios, se permite la evaluación y tratamiento de su hijo. Adicionalmente, se permite la divulgación de información (ej. notas, registros de asistencia, IEP, planes de 504, y historial básico de salud) del Distrito Escolar de Ritenour a CareSTL Health. Esta forma de autorización permanecerá archivado en el registro médico de su hijo para referencia futura. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Me opto y doy permiso para que CareSTL Health para el trate a mi hijo y doy mi consentimiento para la administración de las vacunas requeridas y/o medicamentos determinados por el proveedor para ser necesarios para el cuidado del mi hijo y la siguiente atención médica/dental (marque todos los que apliquen):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Educación preventiva de salud |
| <input type="checkbox"/> Exámenes físicos (incluyendo deportes) | <input type="checkbox"/> Cuidado dental pediátrico |
| <input type="checkbox"/> Evaluación, dianóstico, y tratamiento de enfermedad y herida menor | |

Me opto y doy permiso para que CareSTL Health trate a mi hijo y doy mi consentimiento para cualquier servicio de salud conductual y/o consejería determinado por el proveedor para ser necesario para el cuidado de mi hijo.

Me excluyo. No quiero que CareSTL Health trate a mi hijo por servicios médicos, dentales o de salud conductual.

Nombre del hijo _____ Fecha de nacimiento _____ Nombre de escuela _____

Autorización de Padre/Guardián Legal y Información del contacto:

Nombre _____ Teléfono # _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

COMPLETA POR FAVOR: HISTORIAL MÉDICO

Fecha del ultimo examen físico _____ Fecha del ultimo examen dental _____

Alergías (comida o drogas) _____

Enfermedad médica pasada/historia quirúrgica _____

Médico primario del hijo (Si alguna) _____ Teléfono # _____

Plan de Seguro _____ Número de póliza _____

Primary Subscriber _____ Grupo # _____

Plan de Seguro Dental _____ Farmacia preferida _____

For CareSTL Health Staff Use Only:

I attest that the medical history has been completed. Signature _____ Date _____