



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



Dịch Vụ Y Tế Tại Trường – Sự Ủy Quyền Để Điều Trị Trẻ Vị Thành Niên

Trung tâm y tế học đường là sự hợp tác giữa CareSTL Health và Quận Khu Học Đường Jennings. Bằng cách hoàn thành mẫu đơn này và đồng ý tham gia các dịch vụ, quý vị đang cấp phép cho việc đánh giá và điều trị cho con của quý vị. Ngoài ra, quý vị cũng đang cấp phép cho việc tiết lộ thông tin (ví dụ: điểm số, hồ sơ điểm danh, IEP, kế hoạch 504 và lịch sử sức khỏe cơ bản) từ Trường học Jennings cho CareSTL Health. Mẫu đơn ủy quyền này sẽ được lưu trong hồ sơ sức khỏe của con quý vị để tham khảo trong tương lai. Quý vị có quyền thu hồi sự ủy quyền này bất cứ lúc nào.

- Tôi chọn và cho phép CareSTL Health điều trị cho con tôi và đồng ý với việc sử dụng thuốc chủng ngừa và / hoặc thuốc men cần thiết được chỉ định bởi bác sĩ điều trị mà cần thiết cho phúc lợi của con tôi và sự chăm sóc y tế / nha khoa như sau (chọn tất cả các phần ứng dụng được):

Sự chủng ngừa

Khám sức khỏe (bao gồm

Thể thao

sức khỏe)

Đánh giá, chẩn đoán và điều trị bệnh nhẹ và chấn thương

Giáo dục sức khỏe dự phòng

Chăm sóc nha khoa Trẻ Em (Các dịch vụ có sẵn bao gồm trám, nhổ răng, bọc răng và bạc diamine fluoride khi cần thiết)

- Tôi chọn và cho phép CareSTL Health điều trị cho con tôi và đồng ý với bất kỳ dịch vụ sức khỏe hành vi và / hoặc tư vấn nào được xác định bởi bác sĩ điều trị mà cần thiết cho phúc lợi của con tôi.

- Tôi chọn không tham gia. Tôi không muốn CareSTL Health điều trị cho con tôi với các dịch vụ y tế, nha khoa hoặc sức khỏe hành vi.

Tên của trẻ: _____ Ngày sinh: _____ Tên trường: _____

Ủy quyền và thông tin liên hệ của Phụ huynh / Người giám hộ hợp pháp:

Tên _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ _____

Chữ ký: _____ Ngày ký: _____

VUI LÒNG HOÀN TẤT BỆNH SỬ:

Ngày khám sức khỏe cuối cùng: _____ Ngày khám nha khoa cuối cùng: _____

Dị ứng (Đồ ăn hoặc thuốc) _____

Bệnh hoặc chấn thương trong quá khứ: _____

Bác sĩ chính (nếu có) _____ Số điện thoại: _____

Tên bảo hiểm: _____ Số bảo hiểm _____

Người đăng ký chính: _____ Số nhóm bảo hiểm _____

Bảo hiểm nha khoa: _____ Nhà thuốc tây (tự chọn) _____

For CareSTL Health Staff Use Only:

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