



The Door – A Center of Alternatives, Inc.  
Centro de Salud para Adolescentes

**SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR**

**Nombre del niño (nombre y apellido):** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Doy permiso para que mi hijo reciba servicios de atención primaria por parte de un médico clínico matriculado y del personal de apoyo del Centro de Salud para Adolescentes de The Door.

**Los servicios pueden incluir:**

- **Atención Primaria**
  - Un examen físico completo, incluyendo pruebas deportivas, escolares o de campamento, pruebas básicas de laboratorio, pruebas diagnósticas, primeros auxilios, prescripción, medicamentos, visitas de enfermos, tratamiento para lesiones, evaluación psicosocial, consejería nutricional, dermatología y referencias externas según sea necesario.
- **Cuidado Dental**
  - Examen oral, cuidado general y limpieza, radiografía digital, Rellenos, tratamientos de fluoruro, selladores, instrucciones de salud oral y referencias para procedimientos dentales de seguimiento.
- **Cuidado de Ojos**
  - Atención integral de los ojos, diagnóstico y tratamiento, evaluación binocular, evaluación del glaucoma y la catarata, y evaluación de la salud ocular para evaluar la infección o enfermedad.
  - Examen de dilatación - El examen de dilatación es un procedimiento en el que se administran unas gotas en cada ojo para aumentar el tamaño de la pupila para que el médico. Pueda examinar mejor el interior del ojo. Este procedimiento es recomendado por el médico a fin de realizar el más completo examen médico ocular posible.

Comprendo que toda la información se mantendrá confidencial, o en caso de firmar un consentimiento que permita al centro de salud divulgar mis registros. He leído y comprendido la información precedente. Este consentimiento permanecerá vigente a menos y hasta que lo cancele por escrito.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Cuidador**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cuidador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Dirección de Correo Electrónico**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa**

\_\_\_\_\_  
**Teléfono de Móvil**

**Información de contacto de emergencia de respaldo:**

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

\_\_\_\_\_  
**Número de Contacto**