



The Door – A Center Of Alternatives, Inc.  
Adolescent Health Center

HEALTH CARE SERVICES  
CAREGIVER CONSENT FORM

Child's Name (First & Last Name): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Any drug allergies? No  Yes  If yes, please specify: \_\_\_\_\_

Current medication? No  Yes  If yes, please specify: \_\_\_\_\_

Permission is granted for my child to receive health care services at The Door - Adolescent Health Center for routine medical services, for treatment of illness, and/or in the event of an emergency.

**Services may include:**

• **Primary Care**

- A complete physical exam, including sports, school or camp physicals, basic laboratory testing, diagnostic testing, first aid, prescription medication, vaccinations, sick visit, treatment for injury, psychosocial assessment, nutritional counseling, dermatology, and outside referrals as needed.

• **Dental Care**

- An oral examination, including general care and cleaning, digital X-rays, fillings, fluoride treatments, sealants, oral health education and instructions, and referrals for follow-up dental care as needed.

• **Eye Care**

- A comprehensive eye exam, including diagnosis and treatment, binocular assessment, glaucoma and cataract evaluation, evaluation of eye health to assess for infection or disease, and referrals as needed.
- Dilation exam - A dilation exam is a procedure in which drops are instilled in each eye to increase the pupil size so that the inside of the eye may be inspected better by the doctor. This procedure is recommended by the doctor in order to perform the most thorough eye health examination possible.

By signing below, I certify that I am the legal parent or caregiver of the child identified above and I am acting within my authority in signing this consent form.

\_\_\_\_\_  
Parent or Caregiver Name (PRINT)

\_\_\_\_\_  
Parent or Caregiver Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Email Address

\_\_\_\_\_  
Home Phone Number

\_\_\_\_\_  
Mobile Phone Number

**Back-up Emergency Contact Info (to be completed by Parent or Caregiver):**

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Relationship

\_\_\_\_\_  
Contact Phone Number



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

**SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL CUIDADOR**

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

¿Alérgico a algún fármaco? No  Sí  En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Medicación actual? No  Sí  En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo a recibir servicios de asistencia médica en el Centro de Salud para Adolescentes The Door, para servicios médicos de rutina, tratamiento de enfermedad y/o en caso de una emergencia.

**Los servicios pueden incluir:**

• **Asistencia primaria**

- Un examen físico completo, incluidos los exámenes físicos para deportes, para la escuela o campamento, análisis básicos de laboratorio, prueba de diagnóstico, primeros auxilios, medicamentos recetados, vacunas, visitas por enfermedad, tratamiento por lesión, evaluación psicosocial, asesoramiento nutricional, dermatología y derivaciones externas, según sea necesario.

• **Atención odontológica**

- Un examen bucal, incluido el cuidado y la limpieza general, radiografías digitales, empastes, tratamientos de fluoruro, selladores, educación e instrucciones sobre la salud bucal y derivaciones para una atención odontológica de seguimiento, según sea necesario.

• **Atención oftalmológica**

- Un examen ocular exhaustivo, incluido diagnóstico y tratamiento, evaluación binocular, evaluación de glaucoma y catarata, control de la salud ocular para evaluar infección o enfermedad, y derivaciones, según sea necesario.
- Examen de dilatación - Se trata de un procedimiento en el que se instilan gotas en cada ojo para aumentar el tamaño de la pupila de manera que el médico pueda revisar mejor la parte interna del ojo. Este procedimiento es recomendado por el médico para realizar un examen de la salud ocular lo más exhaustivo posible.

Al firmar a continuación, certifico que soy el padre legítimo o el cuidador del niño identificado arriba y que actúo dentro de mi competencia al firmar el presente formulario de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o cuidador (LETRA IMPRENTA)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o cuidador**

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

\_\_\_\_\_  
**Dirección de correo electrónico**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono particular**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono móvil**

**Inf. de contacto de emergencia (a completar por el padre o cuidador):**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra imprenta**

\_\_\_\_\_  
**Relación**

\_\_\_\_\_  
**Número de teléfono del contacto**