

**ONE WORLD COMMUNITY HEALTH CENTERS**  
**Centros de Salud En Las Escuelas**  
**Forma de consentimiento para conceder información**

**Nombre**

**Del niño** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Nombre del representante:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Como el representante de el niño que está inscrito en el centro de salud en las escuelas regido por OneWorld Community Health Centers ("OneWorld"), Yo autorizo a cualquier doctor, Enfermera Practicante, Asistente de Doctor, Asistente Médico o cualquier otro empleado de asistencia médica de OneWorld a proporcionar los documentos y discutir detalles del cuidado y tratamiento de mi hijo/a en el centro de salud en la escuela con los empleados certificados (Enfermeras de la escuela, consejeros, maestros, terapistas, administradores) en las escuelas comunidad de Westside (WCS). Yo autorizo a los empleados del centro de salud en la escuela que proporcionen los documentos que se refieren al cuidado y salud de mi hijo/a a su doctor (PCP) \_\_\_\_\_. Esta autorización estará abierta hasta que yo la cancele o mi hijo/a no esté inscrito en las escuelas comunidad de Westside (WCS). El propósito de esta autorización de OneWorld es proveer a los empleados certificados de WCS y a mi doctor con la información acerca de la salud de mi hijo/a , medicinas, tratamientos, y visitas a la clínica lo que es importante para la seguridad de mi hijo/a y para promover la salud y el desarrollo educativo de el/ella.

**Yo comprendo y tengo conocimiento de:**

1. OneWorld no tendrá condiciones para el tratamiento de mi hijo/a, inscripción, o si es un candidato apto o no para recibir los beneficios de el centro de salud en la escuela o independientemente si he firmado esta autorización o no.
2. La información médica puede ser proporcionada más de una vez, porque esta autorización ha sido firmada y no está protegida por las leyes federales o del estado.
3. Esta autorización se mantiene vigente mientras mi hijo/a este inscrito en las escuelas comunidad de Westside. Esta autorización se vence cuando mi hijo/a ya no esté inscrito en las escuelas comunidad de Westside.
4. Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si lo hago por escrito dirigido al personal médico o al asistente médico que esté trabajando en el centro de salud donde mi hijo/a recibe los servicios.
5. Yo entiendo que la cancelación no es efectiva si la información se ha dado previamente.
6. Yo he recibido una copia de este documento.

Una copia o reproducción exacta de esta autorización firmada tiene la misma vigencia y efecto como si fuera una original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o firma del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente si está firmado por un representante