



Consentimiento general de tratamiento

Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que mi(s) hijo/a(s) menores de edad se sometan a todas las pruebas y exámenes, así como otros procedimientos necesarios requeridos durante el curso escolar. Lo que incluye el diagnóstico y tratamiento por parte de médicos y odontólogos y otros miembros del personal de The CW Williams Community Health Center, Inc. como parte de su asociación con el programa a Phillip O. Berry Academia de Tecnología. También doy permiso para que mis hijos menores reciban la vacuna COVID-19.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina y las cirugías menores no es una ciencia exacta, y por tanto reconozco que The C. W. Williams Community Health Center, Inc. no me brinda ninguna garantía con los resultados por los tratamientos o exámenes.

También doy mi consentimiento para que se pueda compartir la información médica de mi(s) hijos(s) a con otras instituciones autorizadas y compañías de seguro. También otorgo mi consentimiento para que se compartan estos datos personales y médicos con agencias asociadas (laboratorios, etc.), según sea necesario por The C. W. Williams Community Health Center, Inc.

También autorizo a Medicaid, Medicare o los beneficios de mi compañía de seguro para que se le pague a The C. W. Williams Community Health Center, por los servicios prestados.

Nombre del menor (escriba con letra de molde)

Fecha de nacimiento del menor

Nombre del padre o tutor legal (letra de molde)

Fecha de nacimiento del padre o tutor legal

Firma del padre o tutor legal (firme arriba)

Fecha

Dirección del padre o tutor legal (firme arriba)

Correo electrónico

Teléfono

Nombre de su seguro médico (si tiene alguna)

Número de identificación del seguro médico

Número de plan de seguro médico

Nombre del titular de la póliza médico

Empleadora

Nombre de su seguro dental (si tiene alguna)

Número de identificación del seguro dental

Número de plan de seguro dental

Nombre del titular de la póliza dental

Empleadora