

California Child Health and Disability Prevention Program

CONSENT FORM

I hereby give my consent for _____ to receive the health screening tests and immunizations recommended by the CHDP Program from _____.

(Name of patient)

(Name of provider)

I hereby authorize release of information concerning the results of these screening tests to CHDP Program personnel. I also authorize release of the information to the locations checked below.

I understand that information provided to CHDP Program personnel will be strictly confidential and will be used only to make the provision of health services easier and to permit statistical reporting on the results of screening.

School Name _____

| | | | |
|--------------------------|------|-------|----------|
| Address (number, street) | City | State | ZIP code |
|--------------------------|------|-------|----------|

Health care provider Name _____

| | | | |
|--------------------------|------|-------|----------|
| Address (number, street) | City | State | ZIP code |
|--------------------------|------|-------|----------|

Other Name _____

| | | | |
|--------------------------|------|-------|----------|
| Address (number, street) | City | State | ZIP code |
|--------------------------|------|-------|----------|

Name of parent, guardian, or emancipated minor

| | |
|---|------|
| Signature of parent, guardian, or emancipated minor | Date |
|---|------|

Screening Provider: This form, signed by parent, guardian, or emancipated minor, must be retained in patient's file.

Programa de California Para la Salud y Prevención de Incapacidades en Niños (CHDP)

CONSENTIMIENTO

Por este medio doy mi permiso para que _____ reciba un examen de salud e
(Nombre del paciente)
 inmunizaciones recomendadas por CHDP de _____.
(Nombre del proveedor)

Por este medio doy mi autorización para dar información tocante a los resultados del examen al personal de CHDP. También doy mi autorización dar información a los siguientes lugares señalado(s) abajo.

Yo entiendo que la información dada al personal de CHDP se mantendrá estrictamente confidencial y se usará solamente para facilitar la provisión de servicios de salud, y permitir la colección de estadísticas tocantes a los resultados de estos exámenes.

Escuela

Nombre _____

| | | | |
|---------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección (número, calle) | Ciudad | Estado | Código postal |
| | | | |

Proveedor de servicios de salud

Nombre _____

| | | | |
|---------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección (número, calle) | Ciudad | Estado | Código postal |
| | | | |

Otro

Nombre _____

| | | | |
|---------------------------|--------|--------|---------------|
| Dirección (número, calle) | Ciudad | Estado | Código postal |
| | | | |

Nombre del padre o madre, acudiente, o menor de edad emancipado

| | |
|---|----------------|
| _____ Firma del padre o madre, acudiente, o menor de edad emancipado | _____ Fecha |
|---|----------------|

Screening Provider: This form, signed by parent, guardian, or emancipated minor, must be retained in patient's file.