Manchester Health Link

PERMISO DEL PADRE/ GUARDIÁN LEGAL PARA COMPARTIR Y INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Con esta autorizo un intercambio de información sobre los datos demográficos, médico, seguro de salud, pruebas para el plomo, tuberculosis, inmunizaciones, vacunas contra la influenza y condiciones crónicas médicas de mi hijo(a) entre el Manchester Health Department y (ponga una marca a todo lo aplicable):

- ☐ **Covering Kids & Families (marque para asistencia con aplicación para Healthy Kids)**
- ☐ **Médico (marque para asistencia en encontrar un médico):** _____

(Por favor use letra de molde)

Nombre del Paciente (En letras de molde por favor)	DOB	M / F	Nombre de Padre/Guardián (En letras de molde por favor)
	/ /		

Dirección Calle	Cuidad	Apt #	Código Postal

Numero de Teléfono en Casa	Numero de Teléfono del trabajo o numero móvil	E-mail
( )	( )	

Contacto Secundario	Numero de Teléfono Secundario	Relación al Paciente
	( )	

Mejores días y horario para llamarle: *L. _____am / pm M. _____am / pm M. _____am / pm J. _____am / pm V. _____am / pm*

Escuela de su hijo/a:	Enfermera de la Escuela	Grado

Apellido de Hermano(a)	Nombre de Hermano(a)	Fecha de Nac.	M/F	Escuela que acude

¿Cómo supo de Health Link?

☐ Enfermera de la escuela	☐ Centro de Embarazo del CMC	☐ Amistad/Familia
☐ Sala de Emergencia del Elliot	☐ Sala de Emergencia del CMC	☐ Abastecedor local de la comunidad
☐ Enfermera de Salud Comunitaria e	☐ Centro de Niños	☐ Otro Especifique _____

¿Tiene transportación fiable? (Circule):	Primer Lengua (Circule): ?
Sí No Quizás	Ingles Español Otro:

2

- ☐ **Caucásico** [Incluye países tal como Irlanda, Alemania, Líbano, Arabia Saudí, Polonia, Bosnia, países del Medio Oriente, etc.]
- ☐ **Negro/Africano Americano/Africano** [Incluye países como Haití, Jamaica, Kenia, Congo, etc.]
- ☐ **Asiático** [Incluye países como China, Filipinas, Bangladesh, Nepal, Paquistán, Vietnam, Indonesia, Madagascar, etc.]
- ☐ **Hawaiano Natal u Otro Isleño Pacífico** [Incluyen países como Hawai, Samao, Guam, Micronesia, Tahití, Palua, etc.]
- ☐ **Indio del sur o Norteamericano o Nativo de Alaska** [Incluye países de Sudamérica e islas como Puerto Rico]

Consiento que compartan susodicha información al Manchester Health Department. Además autorizo a Manchester Health Department que comparta esta información con abastecedores de asistencia médica a los cuales mi hijo(a) tal vez sea referido y a otras agencias como indicadas arriba. Entiendo que un representante de Health Link puede ponerse en contacto con mi proveedor de asistencia médica durante el término de este acuerdo. Comprendo que este consentimiento puede ser revocado a cualquier tiempo con una solicitud por escrito. Entiendo que puedo solicitar una copia de este formulario firmado. Este consentimiento es valido por 1 año de la fecha de la firma.

_____ _____

Firma del padre/Guardián Legal Fecha

_____ _____

La firma de testigo Fecha

Manchester Health Department
1528 Elm Street, Manchester, NH 03101
Tel: (603) 624-6466 x 312, Fax: (603) 624-6584