

**CONSENTIMIENTO**  
**Programa en California Para la Salud y Prevencion**  
**de Incapacidades en Ninos (CHDP)**

Por este medio mi permiso para que \_\_\_\_\_  
(Nombre del paciente)

reciba un examen de salud e inmunizaciones recomendadas por CHDP. Por este medio doy mi autorizacion para dar informacion tocante a los resultados del examen al personal de CHDP. Tambien autorizo dar informacion a los siguientes lugares con contraseña(s) abajo. Yo entiendo que la informacion dada al personal de CHDP se mantendra estrictamente confidencial y se usara solamente para facilitar la provision de servicios de salud, y permitir la coleccion de estadisticas tocantes a los resultados de estos examenes.

Escuela \_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_

Proveedor de  
servicios de salud \_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
DIRECCION

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARIENTE, ACUDIENTE, O MENOR DE EDAD EMANCIPADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PARIENTE, A CUDIENTE, O MENOR DE EDAD EMANCIPADO

\_\_\_\_\_  
FECHA

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