

Primer Nombre: _____ Segunda Inicial: _____ Apellido: _____ FDN: ____/____/____

Numero de Seguro Social: ____ - ____ - ____ Numero Celular de Casa: _____

Numero de Celular: _____ Numero Alternativo: _____

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Identidad de genero: Masculino Femenino Transgenero hombre / mujer a hombre
 Transgender mujer / hombre a mujer Otro Elige no divulgar

Orientacion sexual: Lesbiana o Gay heterosexual (no lesbian/gay) Bisexual
 Algo mas Nose Elige no divulgar

Dirección: _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección de Envío (si diferente): _____
(Dirección de Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Recordatorios de citas / Confirmaciones / Avisos/ Especiales / Compartir información

Para autorizarnos a enviar correos electrónicos y/o mensajes de texto que puedan contener su información médica, a usted u otros proveedores de atención médica, proporcione la siguiente información. El correo electrónico y los mensajes de texto no son un medio de comunicación completamente seguro porque pueden dirigirse a la persona equivocada o acceder de manera incorrecta durante la transmisión.

Correo electrónico para enviarme información: _____

Número de teléfono para enviarme mensajes de texto: _____

**Si prefiere no autorizar el uso del correo electrónico / mensajes de texto, continuaremos usando el correo de los EE. UU. O el teléfono para comunicarnos con usted.*

SU DOCTOR DE CUIDADO PRIMARIO _____ Dr. Royeen Dr. Curry Emily Eichelberger NP

TU DENTISTA: _____ Cass County Dental Clinic Other

FARMACIA PREFERIDA: _____ @ _____

Etnicidad No hispano/latino Hispano / Latino Desconocido/No Reportado
Raza Indio Americano/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano More than one race Other Pacific Islander
 Asiático Blanco Hawaiano nativo Negado

Estado Civil: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Es usted estudiante? No Si Veterano? No Si Trabajador migrante? No Si

Está usted sin hogar? Si No

Cual es la cantidad aproximada de los ingresos anuales del hogar? _____ Tamaño de familia _____
 Negarse a Reportar

El paciente necesita interprete? No Si Español / Frances / Lenguaje de señas

Si el paciente es menor de 18 años, el padre o guardian necesita interprete? No Si Español / Frances / Lenguaje de señas

El paciente tiene un poder notarial para atención médica / DIRECTIVA AVANZADA/ orden de no resucitar / tutor orden de la corte? No Si *En caso afirmativo, por favor proporcione una copia.

INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación: _____ Numero de Telefono: _____

Primer Nombre: _____ Segunda Inicial: __ Apellido: _____ FDN: __/__/_____

INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE* Persona a ser facturada si no es el paciente

Primer Nombre: _____ MI: _____ Apellido: _____ Sufijo: _____

Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Numero de telefono: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA Marque todo lo que corresponda

Medicaid Medicare Aseguranza Privada Auto Pago Sliding Fee

Nombre de titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Seguro Social: _____ Nombre del empleo: _____

Nombre de aseguranza medica: _____

Numero de poliza: _____ Numero de grupo: _____

Fecha en efectivo: _____

Nombre de aseguranza dental: _____

Numero de poliza: _____ Numero de grupo: _____

Fecha en efectivo: _____

Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la Clínica de Salud/ Salud Conductual /Dental del Condado Cass sin discriminación por edad, raza, color, religion, sexo, orientación sexual o origen nacional.

La información anterior es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Yo acepto responsabilidad completa por mi cuidado y el cuidado de mi hijo y libero a la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass y al personal de todo y cualquier responsabilidad por cualquier resultado adverso que pueda ocurrir debido a mi rechazo de seguir el plan recomendado de tratamiento.

Yo autorizo la Clínica de Salud/ Salud Conductual / Dental del Condado Cass para proporcionarme servicios y liberar información necesaria para facturar, procesar, y recibir pago de los Beneficios Medicos/ Dentales (seguro privado, Medicare, o Medicaid, etc.) por servicios Medicos y Profesionales Proporcionados.

Primer Nombre: _____ Segunda Inicial: __ Apellido: _____ FDN: __/__/_____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Yo entiendo que es mi responsabilidad leer y seguir la información contenida en este aviso. Todos los clientes tienen derecho a tratamiento por la CCHC/ CCSHC/ CCD/CDC sin discriminación por edad, raza, color, religión, sexo, orientación sexual, o origen nacional.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Mi firma debajo también indica que me han proporcionado una copia de el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del CCHD. Entiendo que es mi responsabilidad hacer cualquier pregunta que tenga.

Consentimiento Para Liberar Información a un Miembro Familiar o un Cuidador

Designado Los nombres que figuran a continuación están permitidos a que se les libere información de la Clínica de Salud/ Salud Conductels/Dental del Condado Cass con el consentimiento firmado debajo.

Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono
Nombre	Relacion	telefono

Firma del padre/paciente: _____ **Fecha:** _____

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita

RECONOCIMIENTO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Gracias por escoger a la Clínica de Salud/ Dental del Condado Cass para su cuidado medico/dental. Nuestro personal valora su tiempo y esperamos que usted en turno valore el nuestro. En orden para mejor servirle tenemos las siguientes políticas de la oficina para que usted revise y lea. Estar de acuerdo con estas polizas nos permite proporcionar un mejor cuidado de manera eficiente y oportuna.

PAGO

- Todo pago/ copago por los servicios proporcionados debe ser colectado en el tiempo del servicio.
- Elegibilidad para servicios debajo de Illinois Medicaid seran determinados antes de empezar cada visita.
- Debe traer su tarjeta de aseguranza actual a cada cita. Si la elegibilidad no puede ser verificada, se le pedira pagar por el servicio.
- Cualquier servicio no pagado por Medicaid, Medicare, y/o aseguranza medica/ dental sera su responsabilidad pagar.
- Cualquier paciente con un balance previo se le pedira que consulte con nuestra Oficina Financiera para hacer un plan de pago para eliminar la cantidad previa.
- Yo entiendo que si mi cuenta es referida a una Agencia de Colecciones yo sere responsable por los costos de colección incurridos.

DESCUENTO

- Ofrecemos un plan de descuento que permitira a los pacientes que han proporcionado comprobante de ingresos para recibir servicios a un precio razonable. Su costo es determinado por los ingresos del hogar y el tamaño de la familia.

Primer Nombre: _____ **Segunda Inicial:** _____ **Apellido:** _____ **FDN:** ___/___/___

- El descuento esta basado en el Departamento de Salud de los Estados Unidos y las Guías de los Servicios Humanos.

CITAS

- Es su responsabilidad recordar su cita. En orden para que podamos proporcionar una llamada de cortesía un numero de telefono actual es requerido. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio.
- El personal llamara a confirmar las citas. Usted debe contestar o regresar la llamada el dia de trabajo antes, antes de medio dia o su cita sera cancelada.
- Si su numero de telefono es desconectado o no actualizado o su correo de voz no funciona, su cita se le dara a otro paciente.
- A los pacientes nuevos se les pedira llegar 30 minutos antes de su cita para completar el formulario de paciente nuevo.

TRATAMIENTO DE MENORES

Todos los menores deben ser acompañados por un tutor legal o el tutor legal debe dar permiso por escrito para que otro individuo lo acompañe via la completación del Formulario Apoderado. Dependiendo del tratamiento que sera proporcionado el tutor legal puede ser requerido estar en el sitio para dar consentimiento informado excepto en casos cuando los menores buscan cuidado tal como permitido por la Ley Estatal de Illinois.

HOGAR MEDICO CENTRADO PARA LOS PACIENTES

Un hogar medico centrado para los pacientes es un sistema de cuidado en cual un equipo de profesionales trabajo adjunto para proporcionar todas sus necesidades de cuidado de salud. Nosotros usamos la tecnologia, como registros medicos electrónicos para comunicar y coordinar su cuidado y proporcionar los mejores resultados posibles para usted. Usted el paciente, es la parte mas importante del hogar medico centrado para los pacientes. Cuando usted toma una parte activa en su salud y trabajo junto con nosotros, usted puede estar seguro/a de que esta recibiendo el cuidado que necesita!

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las políticas escritas anteriormente.

Firma

Fecha

*Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento por medio de una solicitud escrita.

Nombre del paciente : _____ FDN: _____

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE PEDIATRICO CCHC (0 MESES – 18 AÑOS)

Algun problem en la escuela? No Si _____

Con quien vive la/el niña/o? _____ Relacion: _____

HISTORIAL

Ha visto su hijo/a a algun otro medico o pediatra? No Si

Nombre del medico /pediatra: _____

Medicamentos: _____

Alergias a los medicamentos: No Yes _____

Otras alergias: _____

Tiene alguna pregunta o inquietude sobre la salud o el desarrollo de su hijo/a? No Si

Historial de nacimiento (completar para niños de 0-12 meses de edad)

Complicaciones durante el embarazo: _____

Nacimiento: Vaginal Cesarea Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____

Amamanta: No Si Dieta especial: No Si Apetito: Bueno Justo Pobre

Biberon : No Si Tipo de formula: _____ Onzas: _____ Con que frecuencia: _____

EXAMENES/PRUEBAS

Donde/Cuando

Examen del Colon: _____

Tipo: sangre oculta en heces Alcance Flexible Colonoscopia

HgbA1c (diabetis) _____

Examen Dental _____

Examen de los ojos _____

SALUD MASCULINA (12 AÑOS+ SI CORRESPONDE)

PSA/Examen Rectal – Donde _____ Fecha _____

Realiza autoexámenes testiculares? Si No

Ha tenido algun problema de Urologia? Si No

SALUD FEMENINA (12 AÑOS= SI CORRESPONDE)

Primer periodo menstrual (edad) _____

Ultimo period menstrual (fecha): ____/____/____

Menopausia: Año _____

Aborto/ aborto espontáneo: _____

Control de la natalidad : Ninguno Pastillas Otro: _____

Mamograma- Donde _____ Año _____

Realizas Autoexámenes del mama? Si No

Prueba de Papanicolado- Lugar : _____ Fecha: _____

Nombre del paciente : _____ FDN: _____

	Historial familiar (Mamá, Papá, Yo Hermanos/as)			Historial familiar (Mamá, Papá, Yo Hermanos/as)	
Adición al alcohol/drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad en los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar (COPD/TB, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Melanoma /Cancer en la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiaca reumatica/fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulo de sangre en la pierna/pulmon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de cancer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmission sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de diabetes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame/ enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiaca /ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiroides (tipo de condicion) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis: Que tipo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas orinarios/dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Discapacidad del desarrollo: trastorno del espectro autista, sordo, ciego, discapacidad intelectual, parálisis cerebral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mental Health Condition: Depresion, Bipolaridad, Esquizofrenia, Ansiedad, TDAH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------

HOSPITALIZACIONES, SIRUGIAS, LESIONES GRAVES

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** ____/____/____

Si el paciente es menor que 18 años de edad- porfavor complete esta sección

Escuela	Grado Escolar <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> A/C Elem	<input type="checkbox"/> A/C Junior High	<input type="checkbox"/> A/C HS	<input type="checkbox"/> Beardstown HS
<input type="checkbox"/> Beardstown Grand	<input type="checkbox"/> Beardstown Gard	<input type="checkbox"/> Beardstown Jr. High	<input type="checkbox"/> BCA
<input type="checkbox"/> Virginia Elementary	<input type="checkbox"/> Virginia Jr. High	<input type="checkbox"/> Virginia HS	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Alternativo	<input type="checkbox"/> Pre-Escolar (Nombre) _____		

<p>*Este niño vive en el Condado Cass? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>
--

***Este niño atiende una escuela en el Condado Cass?** No Si
***Este niño es un hermano/a de un estudiante de la escuela del Condado Cass?** No Si

Apellido de soltera de mama: _____

Yo, como el representante/ padre/ tutor autorizado de este paciente, autorizo a las siguientes persona(s) para transportar, acompañar, autorizar y dar su consentimiento a cualquier radiografía, examen, medico, dental, psiquiatrico, o diagnostico psicológico o tratamiento que sea proporcionado por el personal de CCHC/CCDC. Todos los proveedores pueden discutir el cuidado de el paciente con las siguientes persona(s).

_____	_____	_____	_____
Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono
_____	_____	_____	_____
Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono
_____	_____	_____	_____
Iniciales	Nombre	Relación	#Telefono

Este paciente (12 años o mayor) y puede presentarse y recibir diagnósticos, tratamiento, yinstrucciones sin supervisionadicional.

_____ **Iniciales**
 _____ **Iniciales**
 SOLAMENTE yo

105 ILCS 129: <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2935&ChapterID=17>

El Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) consisteen una asociación fluida de agencias locales confiables dedicadas a la salud y el bienestar de su hijo. La sociedad incluye; Un médico, enfermera practicante o asistentemédico, dentista, higienista dental, enfermera y consejero de salud mental están disponibles, según los horarios, para proporcionar atención primaria de salud, atención dental, servicio spsicosociales y consultas nutricionales a TODOS los estudiantes inscriptos.

Los servicios disponibles pueden incluir, pero no están limitados a:

1. Examen físico, evaluaciones de salud, detección de problemas de salud
2. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
3. Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
4. Educación y promoción de la salud. Se ofrecerán talleres de promoción / prevención de salud de alcance
5. Inmunizaciones
6. Promoción de bienestar que incluye dejar de fumar, nutrición, control de peso
7. Atención de salud reproductiva que incluye: exámenes ginecológicos con frotis de PAP, educación sobre enfermedades de transmisión sexual, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH / SIDA, asesoramiento / pruebas y servicios de anticoncepción
8. Pruebas de laboratorio que incluyen cultivos de garganta, hemogramas completos, puntos mono, etc.
9. Servicios de asesoramiento de salud mental
10. Examen dental y tratamiento
11. Referencias a otras agencias de vinculación para servicios no provistos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass

410 ILCS 210/1, et seq. <http://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=1539&ChapterID=35>

CONSENTIMIENTO DE PADRES / TUTORES

El niño antes mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos en el Centro de Salud Escolar del Condado de Cass (CCSHC) ubicado en el Condado de Cass Illinois, por sus proveedores contratados. He sido informado y entiendo el alcance de los servicios que pueden proporcionarse. También entiendo que un padre, tutor legal o estudiante a quien la ley de Illinois autoriza a autorizar en su nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio de atención médica. También entiendo que aunque me alientan a estar presente para las citas, no es necesario y que al firmar a continuación, estoy autorizando al Centro de Salud a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Además, entiendo que bajo la ley de Illinois, un menor de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a ciertos servicios de salud y no se requiere el permiso de los padres para dichos servicios.

Doy mi consentimiento para que se divulgue información médica relevante y registros médicos relacionados con los tratamientos al School Health Center y sus socios colaboradores para facilitar las necesidades de salud de mi hijo. Además, autorizo al Centro de salud escolar a divulgar información sobre el tratamiento de mi hijo a terceros pagadores u otros para la facturación, la gestión del programa y la evaluación de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales con respecto a la confidencialidad.

Entiendo que si mi hijo tiene 12 años o más, pueden recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias en el CCSHC sin mi consentimiento. Según 405 ILCS 5 / 3-5A-105 (a), pueden recibir hasta ocho sesiones de 90 minutos para servicios de salud mental. Por ley, un niño menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental / abuso de sustancias sin el consentimiento de los padres.

Esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque específicamente por escrito.

⇨ _____ ⇨
Firma de Representante / Padre / Tutor **Fecha** **Firma de Paciente (12 años o mayor)** **Fecha**
 Office Use Only: Certification of UnaccompaniedMinor Status

Cass County Health Department Authorization
Departamento de Salud del Condado de Cass Autorización
Cass County Health Department Authorization

Patient's Name - PLEASE PRINT El Nombre del Paciente Nom du Patient – LETTRE MOULÉES	Patient's Date of Birth Fecha de Nacimiento del Paciente Date de naissance du patient	Patient's Street Address La Dirección del Pacient Adresse du Patient	City Ville	State État	Zip Code Code postal
---	--	---	----------------------	----------------------	--------------------------------

I hereby authorize the use or disclosure of protected health information about me as described below.
 Yo por la presente autorizo el uso y revelación de la información protegida de salud acerca de mí describieron como abajo.
 Par la présente, j'autorise l'utilisation ou divulgation d'informations protégées sur ma santé tel que décrit ci-dessous.

I authorize Cass County Health Department to disclose:
 Yo doy autorización al Departamento de Salud del Condado de Cass para revelar información acerca de los siguientes:
 J'autorise le Cass County Health Department à divulguer:

- Physical / Dental Exam;** Examen Físico / Dental; Examen physique / dentaire
- TB Skin Test;** Prueba Tuberculosis; Test sur la tuberculose
- Vision / Hearing Screen;** Exam Vista/ del Oído; Test de la vue / d'audition
- Lead Screen;** Examen del Plomo; Test de plomb
- Immunization Record;** Vacunas; Carnet de vaccination
- Hemoglobin /Hematocrit test;** Cheque del hierro en su sangre; Test d'hémoglobine /hématocrite
- Appt Date & Time;** Fecha/Hora de las citas; Date de rendez-vous & Heure
- Other;** Otros; Autre: _____

TO: (check one); Información puede ser revelada a: (cheque uno); **A:** (check one) **A-C Central School District;** Distrito de la Escuela de A-C Central **Beardstown Christian Academy;** Escuela de Beardstown Christian Academy **Beardstown School District;** Distrito de la Escuela de Beardstown **Trinity Lutheran School;** Escuela de Trinity Lutheran **Virginia School District;** Distrito de la Escuela de Virginia **Other;** Otros; Autre _____

The information may be used or disclosed for each of the following purposes: For the maintenance of school records / Verification of excused absences
 Esta información puede usarse y ser revelada para cada uno de los propósitos siguientes: Para conservar los registros de escuela / Para comprobar la ausencia dispensada de la escuela
 L'information peut être utilisée ou divulguée dans le but suivant: Pour la mise à jour des dossiers scolaires /Pour la verification d'absences

I understand that the information used or disclosed may be subject to re-disclosure by the person(s) or class of person(s) receiving it and no longer protected by the federal privacy regulations.
 Entiendo que la información usada o revelada puede ser revelado otra vez por la persona(s) o la clase de persona(s) lo recibiendo y que no protegido por las regulaciones federales de la confidencialidad.
 Je comprends que l'information utilisée ou divulguée peut être sujet à une re-divulgation par la (les) personne(s) ou classe de(s) personne(s) recevant ces informations et ne sera plus protégé par les régulations fédérales privées.

I understand that I may revoke this authorization by notifying the Privacy Officer in writing of my desire to revoke it. However, I understand that if I revoke this authorization, it will not have any affect on actions taken by Cass County Health Department in reliance on it before I revoked it.
 Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al Oficial de la Confidencialidad al escribirle de mi deseo para revocarlo. Sin embargo, yo entiendo que si revoco esta autorización, no tendrá ningún afecto en acciones tomadas por el Departamento de Salud antes de yo lo revoque
 Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant l'Officier sur la vie privée par écrit . Toutefois, Je comprends que si je révoque cette autorisation, il n'y aura aucune conséquence sur les actions prises par le Cass County Health Department en dépendance avant révocation.

I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment or payment or my eligibility for benefits.
 Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que al negarme no afectará mi habilidad de obtener el tratamiento, ni el pago, ni mi elegibilidad para beneficios.
 Je comprends que je peux refuser de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera pas mon abilité d'être traité ou paiement ou mon éligibilité pour avantages.

I understand this authorization will expire on (check and complete one): _____,20____,or **Upon withdrawal from school or high school graduation.**
 Entiendo que la autorización expirará en (cheque y completará uno): _____,20____,or **En el acontecimiento de la graduación de la preparatoria, la terminación del nivel más alto del grado ofreció (para esos no ofreciendo graduación de la preparatoria), o dejan de asistir en la escuela.**
 Je comprends que cette autorisation expirera (cochez et complétez): _____,20____,ou **Lors du retrait de l'étudiant (enfant) de l'école ou lors de la graduation.**

This form must be fully completed before signing
 Esta forma debe ser completada antes de firmar
 Ce formulaire doit être complété complètement avant d'être signé

<input checked="" type="checkbox"/> _____ Signature of Patient or Legal Guardian La Firma del Paciente o Representante Personal Signature du Patient ou Gardien legal	_____ Date of Signature La Fecha de la Firma Date de la signature	_____ PLEASE PRINT Name of Person Signing this Authorization if not Patient Nombre del Representante Personal(Si es aplicable) Le nom de la personne qui signe cette autorisation si ce n'est pas le patient
--	---	--