

## 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 señaludo(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.*