

Healthy Kids+ Chatsworth

500 Green Road
 Chatsworth, GA 30705
 (706) 517-2200

**Healthy Kids+ Dahlonega**

153 School Drive
 Dahlonega, GA 30533
 (706) 973-3215

Child's Name:	Child's Date of Birth:
Father's Name:	Mother's Name:
Legal Guardian's Name(s):	Phone Number:
Address:	
Child's Regular Doctor:	Child's Primary Pharmacy:
Child's Allergies:	

I hereby give my consent for my child, _____, to receive health services at Healthy Kids+ to include any physicians or nurse practitioners employed by Georgia Mountains Health Services, Inc., to provide medical tests, procedures, and treatments as are reasonably necessary for the medical evaluation and management of my child's health care.

I also give authorization for the following:

- Vision screenings for the purpose of evaluating visual acuity to determine the need for eyeglasses or diagnosis of eye disease.
- Vaccination for state required and recommended immunizations in accordance to ACIP and CDC guidelines including influenza vaccines.
- Release of information from my child's primary health care provider whenever necessary for care, including referrals and/or emergency services.
- Release of written and verbal information that is pertinent to my child's health from the faculty and staff of Chatsworth Elementary School. I further give consent to Healthy Kids+ to examine my child's full school record, including attendance and other information that may assist the staff to track and provide medical care to my child.
- Release of information regarding treatment to third party payers such as Medicaid or other insurers for the purposes of billing or for any other reason in accordance with privacy laws.
- Disclosure of protected health information about my child for the purposes of payment, continued care and treatment, and health care operations, including any records that may contain information related to the treatment of any infectious disease (including AIDS), drug or alcohol abuse, and mental illness.

This consent for treatment and disclosure is valid for one year. I understand that I have the right to withdraw this consent at any time upon written notice to Health Kids+. All medical and financial information must be updated annually.

I have read and understand the above information and give permission for my child's care as described. I also understand that I may obtain further information regarding the health services offered by Healthy Kids+ and Georgia Mountains Health Services by calling the health center.

 Parent or Guardian's Name (Please Print)

 Child's Name

 Parent or Guardian's Signature

 Date

Healthy Kids+ Chatsworth
500 Green Road
Chatsworth, GA 30705
(706) 517-2200



Healthy Kids+ Dahlonega
153 School Drive
Dahlonega, GA 30533
(706) 973-3215

Nombre del Hijo/a:	Fecha de Nacimiento del Hijo/a:
Nombre del Padre:	Nombre de la Madre:
Nombre(s) del Guardian Legal:	Numero de Telefono:
Direccion:	
Doctór Regular de su Hijo/a:	Farmacia Primaria del Hijo/a:
Alergias del Hijo/a:	

Yo doy consentimiento para mi hijo/hija _____, para que reciba servicios medico en Healthy Kids+ que incluye el medicos y practicante de enfermeria empleado por Georgia Mountains Health Services, Inc. para proporcionar examines medico, procedimientos y tratamientos razonablemente necesario para evaluacion y administracion del salud de su hijo.

Tambien doy autorizacion para el siguiente:

- Deteccion visual con el fin de evaluar la agudeza visual para determinar la necesidad de anteojos o diagnostic de enfermedad de los ojos.
- La vacunacion para el estado require y recomienda la inmunizacion de acuerdo con las directrices del ACIP y CDC que incluyen vacunas contra la influenza.
- Divulgacion de la informacion del proveedor de atencion primaria de la salud de mi hijo cuando sea necesario para el cuidado, incluyendo referencias y los servicios de emergencia
- Divulgacion de la informacion escrita y verbal que es pertinente a la salud de mi hijo de la facultad y el personal de la Chatsworth Elementary School. Doy consentimiento adicional a Healthy Kids+ para examinar expediente escolar completo de mi hijo, incluyendo la asistencia y otra informacion que pueda ayudar a realizar un seguimiento y proporcionar atencion medica para mi hijo.
- Divulgacion de la informacion sobre el tratamiento a los pagadores de terceros como Medicaid u otros aseguradores con el proposito de facturacion o por cualquier motivo, de acuerdo con las leyes de privacidad.
- Divulgacion de la informacion medica protegida acerca de mi hijo a los efectos del pago. Operaciones de atencion y tratamiento continuado, y la atencion medica, inclusive los registros que pueden contener informacion relacionado con el tratamiento de cualquier enfermedad infecciosa (incluyendo AIDS), abuso de drogas o alcohol, y la enfermedad mental.

Este consentimiento para el tratamiento y la divulgacion es valido por un ano. Entiendo que tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento mediante notificacion por escrito a Healthy Kids+, todo informacion medico y financier debe actualizarse anualmente.

He leido y comprendido la informacion anterior y doy permiso para el cuidado de mi hijo como se describe. Tambien entiendo que puedo obtener mas informacion sobre los servicios de salud ofrecidos por Healthy Kids+ y Georgia Mountains Health Services llamando al centro de salud.

Nombre del Padre o Guardian

Nombre del Hijo/a

Firma del Padre o Guardian

Fecha

Healthy Kids+ Chatsworth
500 Green Road
Chatsworth, GA 30705
(706) 517-2200



Healthy Kids+ Dahlonega
153 School Drive
Dahlonega, GA 30533
(706) 973-3215

Child's Name / Nombre del Hijo/a:	Date of Birth / Fecha de Nacimiento:
-----------------------------------	--------------------------------------

PATIENT PRIVACY ACKNOWLEDGEMENT FORM

Formulario de Reconocimiento Privacidad del Paciente

By signing below, I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices and the Notice of Individual Rights. / Al firma abajo, yo reconozco que he recibido la notificación de privacidad y el aviso de derechos individuales.

Name of Parent or Guardian/Nombre del Padre o Guardian

Child's Name/Nombre del Hijo/a

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Guardian

Date/Fecha

PATIENT CONFIDENTIALITY

Confidencialidad del Paciente

Patient confidentiality is a top priority at Healthy Kids+. Therefore, it is important that you provide us with the following information to ensure that there is not a violation of your privacy. / La confidencialidad del paciente es la prioridad mas grande de Healthy Kids+. Por lo tanto, es importante que nos proporciones la siguiente información para asegurarse de que hay no violación de su privacidad.

In the event that I am unable to be reached, Healthy Kids+ may leave any test results or other necessary information with the following (check all that apply) / En caso de que no estoy en condiciones de ser alcanzado, Healthy Kids+ puede dejar los resultados de pruebas o cualquier otra información necesaria con las siguientes (marcan todos los que aplican):

- I do not wish for anyone other than myself to receive information about my child.
No deseo que otra persona que no sea yo reciba esta información de mi niño.
- I may be reached at work / Me pueden llamar al trabajo: _____
- May leave normal results on home, cell phone answering machine or voice mail.
Pueden dejar resultado normal en el contestador de casa, mi teléfono móvil o el correo de voz.
- Other (please specify) / Otro (por favor de especificar): _____

Name of Parent or Guardian/Nombre del Padre o Guardian

Child's Name/Nombre del Hijo/a

Signature of Parent or Guardian/Firma del Padre o Guardian

Date/Fecha