

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA) INTENSIVE HABILITATION SERVICES (IHS)

Autorización para servicios médicos y dentales de IHS

IHS Medical / Dental Services Authorization

Para el personal de Servicios de Habili cuando pida servicios médicos y denta Servicios de Habilitación Intensiva de l estén bajo su cuidado.	les, de emergencia o	·
La presente tiene la intención de confirmar que	Nombre del menor	, Fecha de nacimiento
recibe Servicios de Habilitación Intensi Departamento de Servicios Sociales y		n de Discapacidades del Desarrollo,
El padre o la madre, ya sean biológicos o adoptivos, o el tutor legal autorizan al personal de IHS para obtener y firmar por los exámenes y la atención médica y dental, tanto rutinaria como de emergencia, que recomiende el proveedor autorizado de servicios de salud del menor. Esta atención de rutina incluye exámenes médicos de rutina, vacunaciones, exámenes de detección visuales y auditivos, y atención rutinaria del niño enfermo, así como exámenes y tratamientos dentales regulares. La atención que no sea de emergencia (por ejemplo, terapia y tratamiento, cirugía, pruebas de VIH, inserción de tubos en los oídos, exámenes neurológicos, ortodoncia, etc.) debe contar con aprobación previa y requiere consultar al padre o a la madre, ya sean biológicos o adoptivos, o al tutor legal.		
Firma del padre / madre / tutor	Fecha	Número de teléfono (con código de área)
Firma del representante de IHS	Fecha	Número de teléfono (con código de área)
Este formulario se redactó en los términos de RCW 7.70.065 – Consentimiento informado – Sección 2(a)(iv).		

En caso de una emergencia que involucre a este menor, es responsabilidad del proveedor de Servicios de Habilitación Intensiva llamar inmediatamente al padre o la madre, ya sean biológicos o adoptivos, o al tutor arriba mencionado, así como al gestor de recursos del caso o trabajador social de Servicios de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA).