

Clínica San Antonio

Formulario de consentimiento estudiantil

Bajo la ley de California, los jóvenes no necesitan autorización de los padres para recibir ciertos servicios de atención de salud, a menudo llamados servicios de "consentimiento de menores". Algunos ejemplos de los servicios de "consentimiento de menores" que los jóvenes pueden obtener por su cuenta, si cumplen con los requisitos legales, incluyen consejería de salud mental, consejería de abuso de alcohol y drogas, diagnóstico, tratamiento y cuidado preventivo para las enfermedades de transmisión sexual, y atención relacionada con el embarazo y la prevención del embarazo. Los jóvenes también pueden ser capaces de dar su consentimiento para su propia atención médica, debido a su estado o situación de vida. Si desea obtener más información para ver si usted califica para este tipo de atención y los servicios que ofrecemos, por favor hable con nosotros. Si usted está interesado en consentir a su propio cuidado, lea este formulario cuidadosamente y complételo.

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**# de identificación de la escuela del estudiante: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto Preferido □ Numero de teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **□ Numero de celular:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es importante que usted sepa que es posible que necesitemos comunicarnos con usted antes, durante y / o después de su tratamiento. El número identificado anteriormente es el método que utilizaremos para comunicarnos con usted.

Soy capaz de dar consentimiento para mi propio cuidado porque:

**□** Soy mayor de 18 años.

**□** Estoy o he estado casado, en las fuerzas armadas, o que he sido emancipado/a por un tribunal.

**□** Soy mayor de 15 anos, no vivo con mis padres, y gestiono mis propias finanzas.

**□** Estoy buscando servicios de "consentimiento de menores".

5. Entiendo que mi consentimiento cubre únicamente los servicios prestados en la Clínica San Antonio. Entiendo que puedo cambiar de opinión más adelante y decidir que no quiero servicios de salud o salud mental. Si cambio de opinión, se lo dejare saber a la Clínica San Antonio saber por escrito.

6. Entiendo que la Clínica San Antonio está obligada a guardar mi información de salud, pero que en algunos casos, puede ser necesario o pueden ser obligados a compartirla por la ley. Entiendo que puedo pedir más información acerca de la confidencialidad.

7. Entiendo que Petaluma Health Center necesita cubrir sus gastos y puede facturar a terceros por estos servicios, incluyendo cualquier aseguradora de salud aplicable, o pedir que me inscriba en Medi-Cal u otro programa de seguro público, o me puede facturar por servicios basado en de mis ingresos y tamaño de mi familia.

Firma del/de la estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba su nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_