**School Based Health Center**

**CONSENT FOR MINORS**

Best number where we can reach you: r Home Phone r Cell Phone

OK to send an appointment reminder by text message? r Yes r No r At different number:

*Standard Text Messaging Rates May Apply*

**By law in California, I can receive certain services without consent from my parent or legal guardian.**

These services include:

* Diagnosis and treatment of sexually transmitted infections
* Pregnancy testing and referrals
* Prescriptions for birth control (e.g., condoms, the pill)
* Alcohol and drug abuse counseling or treatment
* Mental health assessment and crisis intervention/counseling
* Treatment for medical emergencies

***Our priority is to protect your health and safeguard your legal rights. Please read the following section carefully and sign below.***

**ABOUT CONFIDENTIALITY**

I understand that information about my health and health care will be kept confidential. However, I understand that [*HEALTH CENTER NAME*] staff may share or be required to share this information in the following situations:

1. Staff within [*HEALTH CENTER NAME*] may share information about my health or health care with one another in order to best help me.
2. To bill health insurance programs (e.g., Medi-Cal or Family PACT).
3. Staff may share information about me or my health care with researchers or evaluators, but this information will not be attached to my name.
4. If they judge that I am at risk of hurting or killing myself, [*HEALTH CENTER NAME*] staff must report this to the police and will probably tell my parent(s) or legal guardian.
5. If I have threatened to physically hurt or kill another person, they must report this to the police and to the person(s) involved.
6. If I share information about physical, sexual or emotional abuse or neglect, they must report this to Social Services and/or the police.
7. If I am under 16 and having sex with someone 21 or older; or if I am under 13 and having sex with someone 14 years or older, they must report this to CPS and/or the police.
8. If I come to [*HEALTH CENTER NAME*] drunk, high or otherwise under the influence and the staff think I am at risk of hurting myself or someone else, they might call my parent or guardian to help make sure I am safe.
9. If I bring weapons or other dangerous objects into [*HEALTH CENTER NAME*].
10. If I sign a consent to release this information to another health care provider.
11. If a judge requires [*HEALTH CENTER NAME*] to share this information with the courts.
12. [*HEALTH CENTER NAME*] staff may confirm with my teacher that I was in [*HEALTH CENTER NAME*] to clear my absence, but not why I was there.
13. If I test positive for certain sexually-transmitted infections, I understand that [*HEALTH CENTER NAME*] will need to report this information to the County Health Department, and that the County MAY attempt to contact me.

By signing below, I acknowledge that I:

* have read and understand the information described above, including the conditions about confidentiality.
* agree to fill out a Client Survey that asks some personal questions about me.
* verify that I have received a copy of [*HEALTH CENTER NAME*]’s Notice of Privacy Practices.
* have received a copy of this consent form.
* verify that I have received a copy of [*HEALTH CENTER NAME*]’s Patient Rights & Responsibilities.

Signature Date

**Centros de Salud Escolar**

**CONSENTIMIENTO PARA MENORES**

Mejor número al cual llamarte: r Tel. casa r Celular

¿Podemos enviar un mensaje de texto para recordarte acerca de tus citas médicas?

r Sí r No r Otro número diferente:

*Tu compañía de teléfonos podría aplicar una tarifa por el envio de mensajes de texto*

**Las leyes de California permiten que recibas ciertos servicios sin el consentimiento de tus padres o tutor legal.**

Estos servicios incluyen:

* diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
* pruebas de embarazo y recomendaciones a servicios relacionados
* recetas médicas para métodos anticonceptivos (condones, pastillas, etc.)
* consejería o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas
* evaluación de salud mental e intervención o consejería en casos de crisis
* tratamiento de emergencias médicas

***Nuestra prioridad es proteger tu salud y tus derechos legales. Lee esta hoja cuidadosamente y firma al pie de la página..***

**CONFIDENCIALIDAD**

Entiendo que la información sobre mi salud y atención médica se mantendrá confidencial. Sin embargo, entiendo que el personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] puede compartir o ser obligado a compartirla en las siguientes situaciones:

1. Las personas que trabajan en [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] pueden compartir entre ellas información sobre mi salud y mi atención médica con el fin de ayudarme mejor.
2. Para cobrar a los programas de seguro médico (Medi-Cal, Family PACT, etc.).
3. El personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] puede compartir información sobre mí o sobre mi atención médica con investigadores o evaluadores médicos, pero esta información no será relacionada con mi nombre.
4. Si el personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] juzga que yo estoy en riesgo de hacerme daño a mí mismo o de matarme, deberá notificar a la policía y probablemente informará también a mis padres o tutor legal.
5. Si he amenazado con hacerle daño físico o matar a otra persona, el personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] deberá reportarlo a la policía y a las personas involucradas.
6. Si comparto información sobre el abuso o descuido físico, sexual o emocional, el personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] deberá notificar a Social Services y/o a la policía.
7. Si tengo menos de 16 años y mantengo relaciones sexuales con personas de 21 años o más; o si tengo 13 años y mantengo relaciones sexuales con personas de 14 años o más, el personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] deberá notificar al servicio de protección de niños (CPS) y/o a la policía.
8. Si llego a [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] borracho, drogado o bajo la influencia de alguna sustancia y el personal juzga que estoy en riesgo de hacerme daño a mí mismo o de hacerle daño a otra persona, tal vez llamen a mis padres o tutor legal con el fin de proteger mi seguridad personal.
9. Si traigo armas u otros artículos peligrosos a [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*].
10. Si firmo un consentimiento para permitir el envío de esta información a otro profesional médico.
11. Si un juez exige que [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] comparta esta información con la corte.
12. El personal de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] puede confirmar con mi maestro que yo estuve en La Clínica con el fin de explicar mi ausencia de la escuela, pero no puede decirle la razón de mi visita.
13. Si alguna prueba de infección de transmisión sexual me sale positiva, entiendo que [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*] deberá reportar esta información al Depto. de Salud del Condado y que el Condado PODRÍA tratar de comunicarse conmigo.

Al firmar abajo, doy fe de que:

* He leído y entendido la información que aparece arriba, incluidas las condiciones sobre la confidencialidad.
* Acepto llenar una encuesta para clientes (Client Survey) que contiene algunas preguntas personales sobre mí.
* Verifico haber recibido una copia de Las Prácticas de Privacidad de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*].
* He recibido una copia de este formulario de consentimientto.
* Verifico que he recibido una copia de Los Derechos y Responsabilidades del Paciente de [*NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD ESCOLAR*].

Firma Fecha