

Tapestry 360 Health- Consentimiento de Menor

Div _____ ID# _____

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre

Dirección: _____ Área postal: _____ Teléfono: () ____ - _____

Raza: Indio Americano /Natural de Alaska, Asiático, Raza mezclada, Afro Americano Hispano/Latino,
Afro Americano Non-Hispano/Latino, Blanco Hispano/Latino, Blanco Non-Hispano/Latino.

Lenguaje Preferido: Inglés Español Otro (especifique)

¿Tienes seguro medico? (circula uno) Sí No No Se

Si tienes, por favor circula uno de lo siguientes: All Kids Medicaid HMO PPO

CONSENTIMIENTO DE MENOR DE EDAD Y POLIZA DE CONFIDENCIALIDAD

Yo estoy de acuerdo a recibir servicios médicos en el Tapestry 360 Health. Según la ley de Illinois personas entre 12 y 18 años de edad, pueden consentir a recibir ciertos servicios médicos incluyendo: métodos anticonceptivos, prueba de embarazo, prueba y tratamiento de ETS, prueba del SIDA/VIH, cuidado en relación al embarazo y consejera.

Como yo tengo menos de 18 años y no soy legalmente independiente de mis padres, yo entiendo que este consentimiento aplica solamente a los servicios mencionados en el párrafo arriba. Yo también entiendo que podría cancelar los servicios a cualquier tiempo.

Como paciente del Tapestry 360 Health Centro Médico, mi información no será divulgada a ninguna persona afuera del Centro Médico. Esto quiere decir que no hablaran acerca de mí a mis padres, maestros, la policía, ni ninguna otra persona si yo no lo autorizo.

Las siguientes son algunas excepciones:

1. Un accidente o herida ocurre en la propiedad de la escuela.
2. Les digo que me están abusando físicamente o sexualmente.
3. He hecho daño o podría hacerme daño yo mismo o a otra persona.

Yo comprendo que el Centro Médico no podría informar a mis padres o guardianes que estoy recibiendo estos servicios sin mi consentimiento. Si el Centro Médico determina que va a notificar a mis padres o guardianes por razones de seguridad, **yo entiendo que una persona de la facultad del Centro Médico hará un esfuerzo para notificarme primero.**

Así como el Centro Médico esta de acuerdo a proteger mi confidencialidad, yo estoy de acuerdo a respetar la confidencialidad de los estudiantes que yo pueda ver en el Centro Médico. Esto quiere decir que si yo veo a una persona en el Centro Médico y/o escucho información acerca de una persona que pueda ser personal, estoy de acuerdo a no divulgar la información.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____