



Ubicado Dentro Shelby Middle School/Located
 Inside Shelby Middle School:
525 N State Street, Shelby, MI 49455
Teléfono/Phone: (231) 902-8550

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES / TUTORES / CLIENTES

PARENT/GUARDIAN/CUSTOMER CONSENT FORM

(Lea y complete el anverso y el reverso) (Read and complete the front and back)

Nombre de Estudiante/Student Name: _____ Fecha de Nacimiento/DOB: _____
 Edad/Age: _____ Género/Gender: _____ Grado/Grade: _____ Escuela/School: _____

**SERVICIOS QUE PUEDEN PROPORCIONARSE EN LOS CENTROS DE SALUD PARA ADOLESCENTES/
 SERVICES THAT MAY BE PROVIDED AT ADOLESCENT HEALTH CENTERS**

- Exámenes físicos para la escuela, los deportes y los campamentos (pueden incluir pruebas de visión y audición, pruebas de laboratorio básicas, etc.) **Physicals for school, sports, and camps (may include vision and hearing tests, basic lab tests, etc.)**
 - Servicios de atención primaria de salud. **Primary health care services.**
 - Cuidado de enfermos / enfermedades menores. **Sick care / minor illnesses.**
 - Tratamiento para enfermedades y lesiones agudas y crónicas. **Treatment for acute and chronic illnesses and injuries.**
 - Medicamentos de venta libre. **Over the counter drugs.**
 - Vacunas. **Vaccines.**
 - Programas de educación / apoyo para dejar de fumar, nutrición / estado físico, crianza de los hijos, etc. **Education/support programs for smoking cessation, nutrition/fitness, parenting, etc.**
 - Referencias para servicios especializados. **Referrals for specialty services.**
 - * Asesoramiento y referencias sobre abuso físico / sexual. * **Physical/sexual abuse counseling and referrals.**
 - * Educación sobre abuso de sustancias, asesoramiento y referencias. * **Substance abuse education, counseling and referrals.**
 - * Salud mental y evaluación psicosocial, asesoramiento y referencias. * **Mental health and psychosocial assessment, counseling and referrals.**
 - * Infección de transmisión sexual y pruebas de VIH, tratamiento y asesoramiento. * **Sexually transmitted infection and HIV testing, treatment and counseling.**
 - * Asesoramiento, pruebas y referencias para la prevención del embarazo. * **Pregnancy prevention counseling, testing, and referrals.**
- (* **La ley actual de Michigan permite servicios confidenciales a menores en estas áreas. No requieren el consentimiento de los padres.**
 (* **Current Michigan law allows confidential services to minors in these areas. They do not require parental consent.**)

SERVICIOS NO PROPORCIONADOS/SERVICES NOT PROVIDED:

NO distribuir o recetar píldoras o dispositivos anticonceptivos/ DO NOT distribute or prescribe contraceptive pills or devices.

NO servicios de asesoramiento, referencias o servicios de aborto/ NO counseling services, referrals, or abortion services.

- Doy mi consentimiento para que el estudiante mencionado anteriormente recibe todos los servicios como se indica en este documento. **I give my consent for the student named above to receive all services as outlined in this document.**
- Si usted **no** desea que su hijo se le de algún medicamento (por ejemplo antibióticos) marque esta caja. **If you do not want your child to be given any medication (for example antibiotics) check this box.**
- Si usted **no** desea que su hijo se le dé medicamento sin receta médica (por ejemplo Tylenol, Maalox, etc.), marque aquí. **If you do not want your child to be given over-the-counter medication (e.g. Tylenol, Maalox etc.), check here.**
- Si usted **no** desea que su hijo reciba las vacunas, marque esta caja. **If you do not want your child to receive immunizations, check this box.**
- Al firmar este formulario de consentimiento, certifico que soy el tutor legal y el custodio legal del estudiante nombrado arriba. **By signing this consent form, I certify that I am the legal guardian and legal custodian of the student named above.**
- Entiendo que no es necesario renovar mi consentimiento anualmente, pero es necesario tener una dirección actualizada, teléfono, seguro y la información de salud actual de mi hijo. Además, autorizo al Centro de Salud para Adolescentes (AHC) a divulgar información sobre el tratamiento a los siguientes: Personal del Centro de Salud y sus 'subcontratistas, personal de la escuela (cuando sea necesario para coordinar los servicios en la escuela) y terceros pagadores cuando sea necesario para el pago de los servicios. **I understand that it is not necessary to renew my consent annually, but it is necessary to have a current address, phone number, insurance, and current health information for my child. In addition, I authorize the Adolescent Health Center (AHC) to release treatment information to the following: Health Center staff and its' subcontractors, school staff (when necessary to coordinate services at the school), and third parties payers when necessary for payment of services.**
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para servicios inmediato por notifico por escrito al centro de salud cualquier momento y entiendo que es mi responsabilidad para asegurarme de que el centro de salud reciba mi retiro de consentimiento. **I understand that I may withdraw my consent for services immediately by written notice to the Health Center at any time**

and understand that it is my responsibility to ensure that the Health Center receives my withdrawal of consent.

- Autorizo al centro de salud para librería información con respectal tratamiento a terceros pagadores otros con el fin de recibir el pago por servicios. Además autorizo al centro de salud y médico de atención primario de mi hijo para intercambiar información de salud con el fin de continuidad y coordinación del cuidado. Doy la autorización al Centro médico de obtener una copia del registro de vacunas del estudiante de la escuela, medico de primaria o Departamento de Salud #10. **I authorize the health center to release information regarding treatment to other third-party payers in order to receive payment for services. I further authorize my child's health center and primary care physician to exchange health information for the purpose of continuity and coordination of care. I give permission to the Medical Center to obtain a copy of the student's immunization record from the school, primary care physician, or Health Department #10.**
- Entiendo que a mi hijo se le puede administrar una evaluación de riesgo de comportamiento (RAAPS) durante su cita en nuestra clínica. **I understand that my child may be given a Behavioral Risk Assessment (RAAPS) during their appointment at our clinic.**
- Entiendo que las pruebas para detectar enfermedades transmitidas por la sangre, incluido el VIH / SIDA, se pueden realizar a un paciente sin un consentimiento por escrito por separado en caso de que un profesional de la salud reciba un corte o exposición a la sangre o los fluidos corporales de mi hijo. **I understand that testing for blood-borne diseases, including HIV/AIDS, may be performed on a patient without separate written consent in the event a health care professional receives a cut or exposure to blood or my son's bodily fluids.**
- Entiendo que los servicios se proporcionan con cargos basados en los ingresos del cliente, y entiendo que a nadie se le negarán los servicios, independientemente de su capacidad de pago. **I understand that services are provided at a charge based on the client's income, and I understand that no one will be denied services, regardless of their ability to pay.**
- Entiendo que mi información de privacidad y salud se manejará de manera confidencial según lo requerido por la Ley de Información y Privacidad de Salud (HIPAA) según lo establecido por DHD # 10 (vea el aviso adjunto). **I understand that my health and privacy information will be handled in a confidential manner as required by the Health Information and Privacy Act (HIPAA) as set forth by DHD #10 (see attached notice).**
- Entiendo que si los servicios en persona no están disponibles, la telesalud puede ser una alternativa adecuada. Todas las leyes existentes que se aplican a los servicios presenciales también se aplican a la telesalud. **I understand that if in-person services are not available, telehealth may be an appropriate alternative. All existing laws that apply to face-to-face services also apply to telehealth.**
- Entiendo que se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo confidencial asociado con la telesalud. **I understand that reasonable and appropriate efforts have been made to eliminate any confidential risks associated with telehealth.**
- Entiendo que la telesalud puede incluir consultas, tratamientos, transferencia de datos médicos / de salud mental, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y / o educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. **I understand that telehealth may include consultation, treatment, transfer of medical/mental health data, emails, telephone conversations, and/or education through interactive audio, video, or data communications.**

FIRMA DE PADRE/TUTOR

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____

FECHA

DATE: _____

REGRESAR A: The Adolescent Health Center (Entregar y completar)

RETURN TO: The Adolescent Health Center (Submit and complete)

CENTRO DE SALUD DE ADOLESCENTES DE SHELBY/ SHELBY ADOLESCENT HEALTH CENTER

Información de Inscripción/ Enrollment Information

Nombre de Estudiante/Student Name	Fecha de Nacimiento/DOB	Raza del Estudiante/Student Race: <input type="checkbox"/> Blanco/White <input type="checkbox"/> Negro/African American <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> Indio Nativo/Native Indian <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Mas de uno/More than one <input type="checkbox"/> Otro/Other Etnicidad del Estudiante: <input type="checkbox"/> No- árabe/No-Hispanic// Non-Arab/Non-Hispanic <input type="checkbox"/> Hispano/Hispanic <input type="checkbox"/> árabe/Arab		
Dirección/Address	Ciudad y Condado/City & County	Código Postal/Zip Code	Teléfono de Casa/Home Phone	Teléfono Celular/Cell Phone
Nombre del Padre o Tutor/Name of Parent or Guardian	Parentesco al Estudiante/Relationship to Student	Teléfono de Trabajo de los Padres/Parent Work Phone		
Contacto de Emergencia/Emergency Contact	Parentesco al Estudiante/Relationship to Student	Teléfono/Phone Number		
NOMBRE DE LA CLINICA DEL MÉDICO DEL ESTUDIANTE/ STUDENT'S PHYSICIAN'S CLINIC NAME: _____			TELÉFONO/ PHONE: _____	
NOMBRE DEL DENTISTA DEL ESTUDIANTE/ NAME OF STUDENT'S DENTIST: _____			TELÉFONO/ PHONE: _____	
SEGURO *Por favor, complete por completo. (**vea abajo) INSURANCE *Please fill out completely. (**see below)				
Ninguno (sin seguro) Comuníquese conmigo sobre el seguro de salud para niños de MiChild para mi hijo. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicaid/ MiChild <input type="checkbox"/> Blue Cross/ Blue Shield <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Otro: _____ Medicaid / MiChild (Número de tarjeta de estudiante: _____)				
None (no insurance) Contact me about MiChild children's health insurance for my child. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicaid/ MiChild <input type="checkbox"/> Blue Cross/ Blue Shield <input type="checkbox"/> Priority <input type="checkbox"/> Other: _____ Medicaid / MiChild (Student card number: _____)				
ID #	Póliza # / Policy #	Grupo # / Group #	Código de Cobertura/ Coverage Code	
Nombre de Miembro/ Member Name	Fecha de Nacimiento/DOB	Seguro Social # / Social Security #	Parentesco al Estudiante/ Relationship to Student	
Empleador del Miembro/ Member's Employer	Dirección del Empleado/ Employee Address	¿Su seguro paga las vacunas? / Does your insurance pay for vaccinations? <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No		

Seguro Secundario (si aplicable) Secondary Insurance (if applicable)	
Ninguno (sin seguro) Comuníquese conmigo sobre el seguro de salud para niños de MiChild para mi hijo. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicaid/ MiChild <input type="checkbox"/> Blue Cross/ Blue Shield <input type="checkbox"/> Prioridad <input type="checkbox"/> Otro: _____ Medicaid / MiChild (Número de tarjeta de estudiante: _____)	
None (no insurance) Contact me about MiChild children's health insurance for my child. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicaid/ MiChild <input type="checkbox"/> Blue Cross/ Blue Shield <input type="checkbox"/> Priority <input type="checkbox"/> Other: _____ Medicaid / MiChild (Student card number: _____)	

ID #	Póliza # / Policy #	Grupo # / Group #	Código de Cobertura / Coverage Code
Nombre de Miembro / Member Name	Fecha de Nacimiento / DOB	Seguro Social # / Social Security #	Parentesco al Estudiante / Relationship to Student
Empleador del Miembro / Member's Employer	Dirección del Empleado / Employee Address	¿Su seguro paga las vacunas? / Does your insurance pay for vaccinations? ___ Si / Yes ___ No	

***NOTA: NO SE NIEGAN LOS SERVICIOS BASADOS EN LA INCAPACIDAD DE PAGAR. INGRESO DE LOS HOGARES ES NECESARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE INFORMES Y SUBVENCIÓN PARA DETERMINER LOS DESCUENTOS.**

****POR FAVOR, COPIAR LA PARTE DELANTERA Y LA PARTE DE ATRAS DE SU TARJETA DE SEGURO(S) Y DEVUELVALO CON ESTA FORMA. GRACIAS!**

***NOTE: SERVICES ARE NOT DENIED BASED ON INABILITY TO PAY. HOUSEHOLD INCOME IS REQUIRED FOR SUBMISSION AND GRANT REPORTING TO DETERMINE DISCOUNTS.**

****PLEASE COPY THE FRONT AND BACK OF YOUR INSURANCE CARD(S) AND RETURN IT WITH THIS FORM. THANK YOU!**

Padre/ Tutor Iniciales
Parent/Guardian Initials _____

CONVULSIONES// SEIZURES	
ENFERMEDAD DEL RIÑÓN// KIDNEY DISEASE	
PROBLEMAS DEL CORAZÓN// HEART PROBLEMS	
PREOCUPACIONES DE SALUD MENTAL (por favor especifique)// MENTAL HEALTH CONCERNS (please specify)	
MUERTE MENOR DE 50 AÑOS, PORQUE: DEATH UNDER 50 YEARS OLD, CAUSE:	
OTROS (especificar)// Others (specify):	----- ----- ----- -----

Información Adicional/ Additional Information:

ASISTENCIA DE RECURSOS/ RESOURCE ASSISTANCE

<p>¿LE GUSTARÍA INFORMACIÓN DE NUESTRO PERSONAL SOBRE LO SIGUIENTE?/ WOULD YOU LIKE INFORMATION FROM OUR STAFF ON THE FOLLOWING?</p> <p>OPCIONES DE SEGURO DE SALUD?/ HEALTH INSURANCE OPTIONS? <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿BUSCAS UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA? (médico o enfermera practicante)/ LOOKING FOR A HEALTH CARE PROVIDER? (doctor or nurse practitioner) <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>ENCONTRAR UNA DENTISTA?/ FIND A DENTIST? <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>¿TIENE PREOCUPACIONES POR EL BIENESTAR EMOCIONAL DE SU HIJO?/ YOU HAVE CONCERNS ABOUT THE EMOTIONAL WELL-BEING OF YOUR CHILD? <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿ESTÁ PREOCUPADO POR SUS INGRESOS QUE CUMPLEN CON LAS NECESIDADES BÁSICAS DE SU FAMILIA?/ ARE YOU CONCERNED ABOUT YOUR INCOME MEETS THE BASIC NEEDS OF YOUR FAMILY? <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Por favor circule las preocupaciones// Please circle concerns:</p> <p>COMIDA/FOOD ROPA/CLOTHES ALOJAMIENTO/HOUSING</p> <p>CUENTAS DE CALOR Y AGUA/ HEAT & WATER BILLS</p> <p>TRANSPORTE A APLICACIONES MÉDICAS O ESCOLARES// TRANSPORTATION TO MEDICAL OR SCHOOL APPLICATIONS</p>
<p>¿USTED O ALGUNO DE SU FAMILIA TIENE ALGO QUE LE GUSTARÍA DISCUTIR CON EL CONSEJERO?/ DO YOU OR ANYONE IN YOUR FAMILY HAVE SOMETHING YOU WOULD LIKE TO DISCUSS WITH THE COUNSELOR? <input type="checkbox"/> SI/YES <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>SI RESPONDIÓ SÍ A CUALQUIERA DE LOS ANTERIORES, UN MIEMBRO DE NUESTRO PERSONAL PUEDE CONTACTARSE CON USTED.</p> <p>IF YOU ANSWERED YES TO ANY OF THE ABOVE, A MEMBER OF OUR STAFF MAY CONTACT YOU.</p>

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

FECHA

PARENT/ GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

Para uso de oficina/ For office use:

Revisado con cliente

FECHA

Revised with client: _____ DATE: _____

El Centro de Bienestar para Adolescentes es operado por el Departamento de Salud del Distrito #10 con financiamiento importante de los Departamentos de Salud y Educación de Michigan// The Adolescent Wellness Center is operated by District Health Department #10 with major funding from the Michigan Departments of Health and Education.

DISTRITO DE SALUD DEPARTAMENTO # 10 FORMULARIO DE FIRMA DE LA CLÍNICA/ HEALTH DISTRICT DEPARTMENT #10 CLINIC SIGNATURE FORM

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Name of Patient: _____ **Date of Birth:** _____

Doy mi permiso al Departamento de Salud de Distrito #10 para soltar mi información médica a mi proveedor según sea necesario para fines de facturación. Si su servicio no cubre beneficios bajo su plan de seguro y que no ha cumplido con su deducible o los copagos o está fuera de la red, se le facturará el costo de las cuotas de servicio o administración como lo indique el estado de Michigan.

I give my permission to the Department of Health District #10 to release my medical information to my provider as necessary for billing purposes. If your service does not cover benefits under your insurance plan and you have not met your deductible or copays are out of network, you will be billed the cost of the service or administration fees as directed by the state of Michigan.

Reconozco haber recibido un aviso actual de prácticas de privacidad Fecha: _____ del Departamento de Salud #10. Tengo entendido que el aviso contiene mis derechos y el Departamento de Salud será responsable con respecto a mi información protegida de la salud.

I acknowledge receipt of a current Notice of Privacy Practices Date: _____ from Department of Health #10. I understand that the notice contains my rights, and the Department of Health will be responsible with respect to my protected health information.

CLIENTES DE INMUNIZACION/ IMMUNIZATION CLIENTS:

Me han dado una copia y que he leído o se me han explicado. La información que figura en el comunicado de Información sobre la vacuna (VIS) por encima de la enfermedad(s) y la vacuna(s) que van a ser administrados hoy. Si tu servicios no son cubiertos y usted es elegible para el programa VFC (Vacunas para los niños), usted será facturado solo la cuota de administración.

I have been given a copy and have read it or had it explained to me. The information listed in the Vaccine Information Release (VIS) above for the disease(s) and vaccine(s) to be administered today. If your services are not covered and you are eligible for the VFC (Vaccines for Children) program, you will be billed only the

He tenido oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y riesgos de los servicios específicos y pido que se me de el servicio que he pedido a la persona nombrada arriba para quien yo estoy autorizado a hacer esta petición y pido que se registre la administración de servicios.

I have had the opportunity to ask questions that were answered to my satisfaction. I understand the benefits and risks of the specific services and request that the service I have requested be provided to the person named above for whom I am authorized to make this request and request that service administration be recorded.

FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

FECHA

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

* Para obtener más información sobre el Centro de salud para adolescentes y sus derechos asociados con la transmisión de su información a través de este y otros intercambios de información de salud, comuníquese con Christine López por correo electrónico: clopez@dhd10.org

* For more information about Adolescent Health Center and your rights associated with the transmission of your information through this and other health information exchanges, please contact Christine Lopez by email: clopez@dhd10.org