

Sandy Segal Youth Health Center

Consentimiento para servicios médicos y de salud mental

Doy mi consentimiento para _____ recibir atención médica, asesoramiento, servicios de salud mental, servicios de salud reproductiva, educación para la salud y / o servicios de referencia en Culver City Youth Health Center en conjunto con Venice Family Clinic. He completado los formularios de registro y de salud, incluyendo la información de seguros y las secciones de ingresos

Entiendo que algunos servicios son confidenciales y que Culver City Youth Health Center y la Venice Family Clinic tienen prohibido por ley divulgar información a los padres o tutores. Entiendo que no se requiere el consentimiento de los padres para ciertos servicios de atención médica, como el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la atención de salud reproductiva y la atención de la salud mental (de 12 años en adelante).

Entiendo que toda la información entre yo y la Venice Family Clinic (VFC) es estrictamente confidencial y no forma parte del expediente escolar a menos que: (1) se autorice la divulgación de información por medio de mi firma o firma del parente / tutor legal de un menor (2) un tribunal de justicia le ordena a VFC a divulgar información; (3) se sospecha abuso o negligencia infantil; (4) se sospecha abuso o negligencia a personas mayores / dependientes / discapacitadas; (5) Soy un peligro físico para mí mismo ya sea suicidio o homicidio; (6) se sospecha pornografía infantil; (7) Solicitudes de seguros demográficas, diagnósticos y medidas de resultado. En casos que se sospeche peligro, la ley exige que VFC tome medidas para informar a las autoridades legales, para hospitalizar o para contactar a las posibles víctimas para que podamos ayudar a proteger a los pacientes u otras personas. La información entre un terapeuta y un menor está protegida cuando el joven tiene la madurez suficiente para dar su consentimiento para el tratamiento (generalmente de 12 años o más).

Entiendo que la asesoría tiene como objetivo reducir o eliminar los síntomas de angustia y mejorar el trabajo y el funcionamiento social. La asesoría tiene tanto beneficios como riesgos y, al igual que con todos los tratamientos, los resultados no están garantizados. El tratamiento se basa principalmente en hablar y en la educación, y nunca en tocar. Los riesgos pueden incluir experimentar o hablar sobre sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ansiedad, frustración e impotencia. Sin embargo, los beneficios incluyen una reducción significativa en los sentimientos de angustia, mayor satisfacción con las relaciones, mayor conocimiento y mejores habilidades para manejar el estrés. Entiendo que mi terapeuta y yo trabajaremos juntos para alcanzar objetivos mutuamente acordados. La terapia se basa en el esfuerzo que pongo de mi parte. Para tener el mayor éxito, intentaré llegar a tiempo y trabajare para alcanzar mis metas entre las sesiones

También autorizo a Culver City Youth Health Center y Venice Family Clinic a divulgar información médica / social a personas o agencias directamente relacionadas con la salud pública o el bienestar de la comunidad, individuos privados que participan profesionalmente en llevar a cabo un plan de tratamiento para mí, para obtener productos farmacéuticos, y con fines de facturación. Entiendo que este formulario de consentimiento permanece vigente hasta que se revoque por escrito

Doy mi consentimiento para todos los servicios disponibles a través de Culver City Youth Health Center y Venice Family Clinic. Tenga en cuenta que los menores, por ley, pueden auto-consentirse para ciertos servicios.

Nombre del estudiante	Firma del estudiante	Fecha
-----------------------	----------------------	-------

Nombre del padre o guardián	Relación con el estudiante
-----------------------------	----------------------------

Firma del padre o guardián	Fecha
----------------------------	-------

Dirección del padre o guardián	Numero de teléfono
--------------------------------	--------------------

En asociación con Culver City Youth Health Center y Venice Family Clinic.

Formulario de inscripción, favor de imprimir:

Registro #_____

Nombre del paciente_____ Fecha de nacimiento_____

Dirección_____

Seguro Social _____ Número de teléfono de casa _____

Número de teléfono de trabajo_____

Nombre de la madre _____

Nombre del padre _____

Amigo o familiar que se puede contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____

Numero de teléfono de emergencia_____

RAZA:

- [1] Afro Americano
- [2] asiático/ Pacifico.
- [6] Otro
- [7] Nativo Americano/Alaska
- [8] Caucásico
- [9] Desconocido
- [10] Hawaiano Nativo
- [11] Otro Isleño Pacifico

De origen Hispano/Latino S / N

TIPO DE CUENTA:

- [1] Medi-Cal #_____
- [2] Medicare #_____
- [3] Ninguno
- [4] Medi-Medi
- [17] PPP
- [12] GR #_____
- Seguro Médico: _____
- Deducible \$_____

IDIOMA:

- [1] Ingles
- [2] español
- [3] ruso
- [4] Otro
- [S] Soltero (a)
- [C] Casado (a)
- [S] Separado (a)
- [D] Divorciado (a)
- [V] Viudo (a)

Ocupación:

Lista de los miembros de familia que viven con el paciente y son apoyados por el ingreso familiar	Relación con el paciente	Año de nacimiento	Fuente de ingreso	Ingreso mensual
1. Paciente	yo			\$
2.				\$
3.				\$
4.				\$
5.				\$
6.				\$
7.				\$
8.				\$

Total, del ingreso mensual \$_____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ES CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

Firma:_____ Fecha _____ / _____ / _____
M. D A