

# 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 padre / 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 ponga de mi parte. Para tener el mayor éxito, intentaré llegar a tiempo y trabajaré 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/ Pacífico.
- \_\_\_ [6] Otro
- \_\_\_ [7] Nativo Americano/Alaska
- \_\_\_ [8] Caucásico
- \_\_\_ [9] Desconocido
- \_\_\_ [10] Hawaiano Nativo
- \_\_\_ [11] Otro Isleño Pacífico

**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
- ESTADO CIVIL:**
- \_\_\_ [S] Soltero (a)
  - \_\_\_ [C] Casado (a)
  - \_\_\_ [S] Separado (a)
  - \_\_\_ [D] Divorciado (a)
  - \_\_\_ [V] Viudo (a)

De origen Hispano/Latino S / N

**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