

## Self-Consent for Confidential Medical and Mental Health Services

I give my consent for \_\_\_\_\_ (minor's name) to receive medical care, immunizations, counseling, mental health services, reproductive health services, health education, and/or referral services at Venice Family Clinic. I have completed the registration and health forms including insurance information and income sections.

I understand that some services are confidential and Venice Family Clinic may be prohibited by law from releasing some information to parents or guardians.

I further authorize Venice Family Clinic to release medical/social information to persons or agencies directly concerned with public health or community welfare, private individuals professionally engaged in carrying out a treatment plan for the patient, for obtaining pharmaceuticals, and billing purposes. I understand that this consent form remains in effect until revoked in writing.

As patient (12 years or older), I give consent to confidential services only.

---

Minor's Name ( <i>print</i> )	Relationship to Patient
-------------------------------	-------------------------

---

Minor's Signature	Date
-------------------	------

---

Minor's Address	Minor's Phone Number
-----------------	----------------------

## Autoconsentimiento para Servicios Médicos y de Salud Mental Confidenciales

Yo doy mi autorización para que \_\_\_\_\_ (nombre del menor) reciba los siguientes servicios: médicos, vacunas, servicios de salud mental, terapia, servicios de salud reproductiva, educación para la salud, y/o servicios de referencia a Venice Family Clinic. He completado todos los formularios de matrícula y de salud, incluso las secciones referentes a mi ingreso y seguro médico.

Entiendo y reconozco que algunos servicios ofrecidos son confidenciales y que es posible que tal vez se le prohíba legalmente a Venice Family Clinic dar este tipo de información a los padres o guardianes.

Doy mi autorización para que Venice Family Clinic provea información médica o social a personas o agencias que directamente estén involucradas con el bienestar social de la comunidad y el público, a individuos privados que profesionalmente se dedican a implementar los planes de tratamiento de los pacientes, y para propósitos de obtener farmacéuticos y también de procesar las facturas. Entiendo que esta autorización es válida hasta que yo escriba una carta en la cual se cancele dicha autorización.

- Como paciente (12 años o más), doy mi consentimiento a servicios confidenciales solamente.

---

Nombre del Menor (*con letra de molde*)

Relación con el Paciente

---

Firma del Menor

Fecha

---

Dirección del Menor

Número de teléfono del menor