



a california health center

PO Box 22210 • Oakland, CA 94623 • www.laclinica.org

- TECHNICLINIC    SAN LORENZO HIGH HEALTH CENTER  
 TIGER CLINIC    ROOSEVELT HEALTH CENTER    HAWTHORNE CLINIC  
 HAVENSCOURT HEALTH CENTER    YOUTH HEART HEALTH CENTER  
 FUENTE WELLNESS CENTER    OTHER: \_\_\_\_\_

PATIENT NAME _____	SEX: M F
MR# _____	DOB: _____
PRIMARY PROVIDER: _____	DATE: _____
SCHOOL: _____	

## CONSENT FOR MINORS

Best number where we can reach you: \_\_\_\_\_  Home Phone  Pager  Cell Phone  
 OK to send an appointment reminder by text message?  Yes  No  At different number: \_\_\_\_\_

Standard Text Messaging Rates May Apply

**By law in California I can receive certain services without consent from my parent or legal guardian.  
 These services include:**

- ❖ diagnosis and treatment of sexually-transmitted infections
- ❖ pregnancy testing and referrals
- ❖ prescriptions for birth control (e.g., condoms, the pill)
- ❖ alcohol and drug abuse counseling or treatment
- ❖ mental health assessment and crisis intervention/counseling
- ❖ treatment for medical emergencies

*Our priority is to protect your health and safeguard your legal rights. Please read the following section carefully and sign below.*

### ABOUT CONFIDENTIALITY

I understand that information about my health and health care will be kept confidential. However, I understand that La Clínica staff may share or be required to share this information in the following situations:

1. Staff within La Clínica may share information about my health or health care with one another in order to best help me.
2. To bill health insurance programs (e.g., Medi-Cal or Family PACT).
3. Staff may share information about me or my health care with researchers or evaluators, but this information will not be attached to my name.
4. If they judge that I am at risk of hurting or killing myself, La Clínica staff must report this to the police and will probably tell my parent(s) or legal guardian.
5. If I have threatened to physically hurt or kill another person, they must report this to the police and to the person(s) involved.
6. If I share information about physical, sexual or emotional abuse or neglect, they must report this to Social Services and/or the police.
7. If I am under 16 and having sex with someone 21 or older; or if I am under 13 and having sex with someone 14 years or older, they must report this to CPS and/or the police.
8. If I come to La Clínica drunk, high or otherwise under the influence and the staff think I am at risk of hurting myself or someone else, they might call my parent or guardian to help make sure I'm safe.
9. If I bring weapons or other dangerous objects into La Clínica.
10. If I sign a consent to release this information to another health care provider.
11. If a judge requires La Clínica to share this information with the courts.
12. La Clínica staff may confirm with my teacher that I was in La Clínica to clear my absence, but not why I was there.
13. If I test positive for certain sexually-transmitted infections, I understand that La Clínica will need to report this information to the County Health Department, and that the County MAY attempt to contact me.

**By signing below, I acknowledge that I:**

- have read and understand the information described above, including the conditions about confidentiality.
- agree to fill out a Client Survey that asks some personal questions about me.
- verify that I have received a copy of La Clínica's Notice of Privacy Practices.
- have received a copy of this consent form.
- verify that I have received a copy of La Clínica's Patient Rights & Responsibilities.

SIGNATURE

DATE

FORM 444 CONSENT FOR MINOR SIDE ONE - ENGLISH (05/14)



a california health center

PO Box 22210 • Oakland, CA 94623 • www.laclinica.org

- TECHNICLINIC    SAN LORENZO HIGH HEALTH CENTER  
 TIGER CLINIC    ROOSEVELT HEALTH CENTER    HAWTHORNE CLINIC  
 HAVENSCOURT HEALTH CENTER    YOUTH HEART HEALTH CENTER  
 FUENTE WELLNESS CENTER    OTHER:

PATIENT NAME _____	SEX: M F _____
MR# _____	DOB: _____
PRIMARY PROVIDER: _____	DATE: _____
SCHOOL: _____	

## CONSENTIMIENTO PARA MENORES

Mejor número al cual llamar: \_\_\_\_\_  Tel. casa  Localizador  Celular

¿Podemos enviar un mensaje de texto para recordarte acerca de tus citas médicas?  Sí  No  Otro número diferente: \_\_\_\_\_

Tu compañía de teléfonos podría aplicar una tarifa por el envío de mensajes de texto

**Las leyes de California permiten que recibas ciertos servicios sin el consentimiento de tus padres o tutor legal. Estos servicios incluyen:**

- ❖ diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
- ❖ pruebas de embarazo y recomendaciones a servicios relacionados
- ❖ recetas médicas para métodos anticonceptivos (condones, pastillas, etc.)

- ❖ consejería o tratamiento para el abuso de alcohol y drogas
- ❖ evaluación de salud mental e intervención o consejería en casos de crisis
- ❖ tratamiento de emergencias médicas

**Nuestra prioridad es proteger tu salud y tus derechos legales. Lee esta boja cuidadosamente y firma al pie de la página.**

### CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que la información sobre mi salud y atención médica se mantendrá confidencial. Sin embargo, entiendo que el personal de La Clínica puede compartir o ser obligado a compartir la información en las siguientes situaciones:

1. Las personas que trabajan en La Clínica pueden compartir entre ellas información sobre mi salud y mi atención médica con el fin de ayudarme mejor.
2. Para cobrar a los programas de seguro médico (Medi-Cal, Family PACT, etc.).
3. El personal de La Clínica puede compartir información sobre mí o sobre mi atención médica con investigadores o evaluadores médicos, pero esta información no será relacionada con mi nombre.
4. Si el personal de La Clínica juzga que yo estoy en riesgo de hacerme daño a mí mismo o de matarme, deberá notificar a la policía y probablemente informará también a mis padres o tutor legal.
5. Si he amenazado con hacerle daño físico o matar a otra persona, el personal de La Clínica deberá reportarlo a la policía y a las personas involucradas.
6. Si comparto información sobre el abuso o descuido físico, sexual o emocional, el personal de La Clínica deberá notificar a Social Services y/o a la policía.
7. Si tengo menos de 16 años y mantengo una relación sexual con una persona de 21 años o más; o si tengo 13 años y mantengo una relación sexual con una persona de 14 años o más, el personal de La Clínica deberá notificar al servicio de protección de niños (CPS) y/o a la policía.
8. Si llego a La Clínica borracho, drogado o bajo la influencia de alguna sustancia y el personal juzga que estoy en riesgo de hacerme daño a mí mismo o de hacerle daño a otra persona, tal vez llamen a mis padres o tutor legal con el fin de proteger mi seguridad personal.
9. Si traigo armas u otros artículos peligrosos a La Clínica.
10. Si firmo un consentimiento para permitir el envío de esta información a otro profesional médico.
11. Si un juez exige que La Clínica comparta esta información con la corte.
12. El personal de La Clínica puede confirmar con mi maestro que yo estuve en La Clínica con el fin de explicar mi ausencia de la escuela, pero no puede decirle la razón de mi visita.
13. Si alguna prueba de infección de transmisión sexual me sale positiva, entiendo que La Clínica deberá reportar esta información al Depto. de Salud del Condado y que el Condado PODRÍA tratar de comunicarse conmigo.

**Al firmar abajo, doy fe de que:**

- He leído y entendido la información que aparece arriba, incluidas las condiciones sobre la confidencialidad.
- Acepto llenar una encuesta para clientes (Client Survey) que contiene algunas preguntas personales sobre mí.
- Verifico haber recibido una copia de Las Prácticas de Privacidad de La Clínica.
- He recibido una copia de este formulario de consentimiento.
- Verifico que he recibido una copia de Los Derechos y Responsabilidades del Paciente de La Clínica.

FIRMA

FECHA  
FORM 444 CONSENT FOR MINOR SIDE TWO - SPANISH (05/14)