

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

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

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 | ❖ alcohol and drug abuse counseling or treatment |
| ❖ pregnancy testing and referrals | ❖ mental health assessment and crisis intervention/counseling |
| ❖ prescriptions for birth control (e.g., condoms, the pill) | ❖ 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:

- Staff within La Clínica may share information about my health or health care with one another in order to best help me.
- To bill health insurance programs (e.g., Medi-Cal or Family PACT).
- Staff may share information about me or my health care with researchers or evaluators, but this information will not be attached to my name.
- 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.
- If I have threatened to physically hurt or kill another person, they must report this to the police and to the person(s) involved.
- If I share information about physical, sexual or emotional abuse or neglect, they must report this to Social Services and/or the police.
- 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.
- 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.
- If I bring weapons or other dangerous objects into La Clínica.
- If I sign a consent to release this information to another health care provider.
- If a judge requires La Clínica to share this information with the courts.
- La Clínica staff may confirm with my teacher that I was in La Clínica to clear my absence, but not why I was there.
- 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

- TECHNICALINIC 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: _____

نموذج موافقة للقصر

أفضل رقم للاتصال يمكننا من خلاله الوصول إليك: _____ هاتف منزل جهاز استدعاء جوال
هل توافق على إرسال تنكيير بالموعد من خلال رسالة نصية؟ نعم لا على رقم مختلف: _____
قد تُطبق أسعار الرسائل النصية القياسية

بموجب قانون كاليفورنيا، يمكنني الحصول على بعض الخدمات دون الحصول على موافقة والدي الوصي القانوني الخاص بي.
وتشمل هذه الخدمات:

- | | |
|--|---|
| ❖ تشخيص حالات العدوى المنقولة جنسياً ومعالجتها | ❖ الاستشارة بشأن سوء استخدام الكحوليات والعقاقير ومعالجتها |
| ❖ اختبار الحمل والإحالات | ❖ تقييم الصحة العقلية والتدخل بشأن الأزمات/الاستشارة بشأنها |
| ❖ وصفات الأدوية للتحكم في النسل (مثل الواقيات الذكرية وحبوب منع الحمل) | ❖ معالجة حالات الطوارئ الطبية |

تتمثل أولويتنا في حماية صحتك والحفاظ على حقوقك القانونية. يُرجى قراءة القسم التالي بعناية والتوقيع أدناه:

نبذة حول السرية

- أدرك أن المعلومات المتعلقة بصحتي ورعايتي الصحية سيتم حفظها بشكل سري. ومع ذلك، أدرك أن موظف La Clínica قد يشاركون أو يُطلب منهم مشاركة هذه المعلومات في الحالات التالية:
1. قد يشارك موظفو La Clínica المعلومات حول صحتي أو رعايتي الصحية مع بعضهم البعض أو بهدف تزويدي بالمساعدة على النحو الأفضل.
 2. إعداد فواتير برامج التأمين الصحي (على سبيل المثال، ميدي - كال "Medi-Cal" أو برنامج تنظيم الأسرة والوصول إليها ورعايتها ومعالجتها "Family PACT").
 3. قد يشارك الموظفون المعلومات حولي أو حول رعايتي الصحية مع الباحثين أو المقيمين، ولكن لن تحمل اسمي.
 4. إذا قضت La Clínica بأنني معرض للخطر أو قد أؤذي أو أقتل نفسي، يجب على موظفي La Clínica الإبلاغ عن ذلك إلى الشرطة ومن المحتمل أن تُبلغ والدي (والديا) أو الوصي القانوني الخاص بي.
 5. إذا قمت بتهديد شخص آخر بالإيذاء البدني أو القتل، يجب على La Clínica إبلاغ ذلك إلى الشرطة أو الشخص (الأشخاص) المقصودين.
 6. إذا قمت بمشاركة معلومات ذات صلة بالإيذاء أو الإهمال البدني أو الجنسي أو العاطفي، يجب على La Clínica الإبلاغ بذلك إلى إدارة الخدمات الاجتماعية و/أو الشرطة.
 7. إذا كنت دون سن 16 عاماً وأمارس الجنس مع شخص آخر في سن 21 أو أكبر؛ أو إذا كنت دون 13 عاماً وأمارس الجنس مع شخص يبلغ 14 عاماً أو أكبر، يجب على La Clínica الإبلاغ عن ذلك إلى إدارة خدمات حماية الطفل و/أو الشرطة.
 8. إذا أتيت إلى La Clínica سكراناً أو تحت تأثير مخدر أو أي شيء آخر ويرى الموظفون أنني معرض لخطر إيذاء نفسي أو أي شخص آخر، يجوز لهم الاتصال بالوالدي أو الوصي الخاص بي للتأكد من بقائي آمناً.
 9. إذا قمت باصطحاب أسلحة أو أشياء خطيرة أخرى إلى La Clínica.
 10. إذا قمت بالتوقيع على نموذج موافقة بالإفصاح عن هذه المعلومات إلى مزود رعاية صحية آخر.
 11. إذا قضى قاضٍ ما بمشاركة هذه المعلومات مع المحاكم.
 12. يجوز لموظفي La Clínica التأكيد لمدرس ما بأنني كنت أتلقى الرعاية لدى La Clínica لتوضيح سبب غيابي، ولكن لا يجوز لهم إخباره بسبب تواجدي بها.
 13. إذا أظهرت الفحوصات وجود بعض الأمراض منقولة جنسياً، فأنا أدرك أنه سينبغي على La Clínica إبلاغ هذه المعلومات إلى إدارة صحة المقاطعة، ويجوز لإدارة صحة المقاطعة محاولة الاتصال بي.

بموجب التوقيع أدناه، أقر بأنني:

- قرأت المعلومات الواردة أعلاها وأفهمها، بما في ذلك الشروط الخاص بالسرية.
 أوافق على تعيينه استبيان العملاء الذي يطرح بعض الأسئلة الشخصية حولي.
 أؤكد استلامي نسخة من إخطار ممارسات خصوصية La Clínica.
 تلقيت نسخة من نموذج الموافقة هذا.
 أؤكد استلامي وثيقة حقوق المرضى ومسؤولياتهم الخاصة بمركز La Clínica.

التاريخ

التوقيع