

- TECHNICAL CLINIC 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
- ❖ 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

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

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

CHẤP THUẬN DÀNH CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Số điện thoại chúng tôi có thể liên hệ với bạn: _____ ĐT Nhà riêng Máy nhắn tin Di động

Chúng tôi có thể gửi nhắc lịch hẹn bằng tin nhắn văn bản không? Có Không Tới số điện thoại khác: _____
Cước phí Tin nhắn văn bản có thể được áp dụng

Theo luật tại California, tôi có thể nhận được một số dịch vụ nhất định mà không cần sự đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp. Những dịch vụ này bao gồm:

- ❖ chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- ❖ tư vấn hoặc điều trị lạm dụng rượu và ma túy
- ❖ thử thai và chuyển tuyến
- ❖ đánh giá sức khỏe tâm thần và can thiệp/tư vấn khủng hoảng
- ❖ đơn thuốc tránh thai (ví dụ: bao cao su, thuốc tránh thai)
- ❖ điều trị trong trường hợp khẩn cấp về y khoa

Ưu tiên của chúng tôi là bảo vệ sức khỏe và bảo vệ các quyền hợp pháp của bạn. Vui lòng đọc kỹ phần sau và ký tên bên dưới.

VỀ TÍNH BẢO MẬT

Tôi hiểu rằng thông tin về sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ được giữ bí mật. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng nhân viên La Clínica có thể chia sẻ hoặc được yêu cầu chia sẻ thông tin này trong các tình huống sau:

1. Nhân viên nội bộ La Clínica có thể chia sẻ với nhau thông tin về sức khỏe hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe của tôi để hỗ trợ tôi tốt nhất
2. Lập hóa đơn cho các chương trình bảo hiểm sức khỏe (ví dụ: Medi-Cal hoặc Family PACT).
3. Nhân viên có thể chia sẻ thông tin về tôi hoặc chương trình chăm sóc sức khỏe của tôi với các nhà nghiên cứu hoặc người đánh giá, nhưng thông tin này sẽ không được đính kèm với tên tôi.
4. Nếu họ đánh giá rằng tôi có nguy cơ làm tổn thương chính mình hoặc tự sát, nhân viên của La Clínica phải báo cáo sự việc này với cảnh sát và có thể sẽ thông báo với cha mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của tôi.
5. Nếu tôi đe dọa sẽ làm tổn thương về thể xác hoặc giết người khác, nhân viên La Clínica phải báo cáo sự việc này với cảnh sát và (những) người liên quan.
6. Nếu tôi chia sẻ thông tin về lạm dụng hoặc bị bỏ bê về mặt thể chất, tình dục hoặc cảm xúc, nhân viên La Clínica phải báo cáo sự việc này với Dịch vụ Xã hội và/hoặc cảnh sát.
7. Nếu tôi dưới 16 tuổi và quan hệ tình dục với người từ 21 tuổi trở lên; hoặc nếu tôi dưới 13 tuổi và có quan hệ tình dục với người từ 14 tuổi trở lên, nhân viên La Clínica phải báo cáo sự việc này với CPS và/hoặc cảnh sát.
8. Nếu tôi đến La Clínica trong tình trạng say rượu, hưng phấn hoặc dưới bị ảnh hưởng bởi chất gì đó, và nhân viên nghĩ rằng tôi có nguy cơ làm tổn thương chính mình hoặc người khác, họ có thể gọi điện cho cha mẹ hoặc người giám hộ của tôi để đảm bảo tôi được an toàn.
9. Nếu tôi mang vũ khí hoặc các vật nguy hiểm khác tới La Clínica.
10. Nếu tôi ký giấy chấp thuận tiết lộ thông tin này cho một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
11. Nếu một thẩm phán yêu cầu La Clínica chia sẻ thông tin này với các tòa án.
12. Nhân viên La Clínica có thể xác nhận với giáo viên của tôi rằng tôi đã ở La Clínica để giải thích về sự vắng mặt của tôi, nhưng không nêu lý do tại sao tôi lại ở đó.
13. Nếu tôi có kết quả xét nghiệm dương tính với một số bệnh lây truyền qua đường tình dục, tôi hiểu rằng La Clínica sẽ cần báo cáo thông tin này cho Sở Y tế Quận và Quận CÓ THỂ liên hệ với tôi.

Bằng việc ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi:

- đã đọc và hiểu các thông tin được mô tả ở trên, bao gồm các điều khoản về bảo mật.
- đồng ý điền thông tin vào Bản khảo sát khách hàng, trong đó có một số câu hỏi riêng tư về tôi.
- xác minh rằng tôi đã nhận được một bản Thông báo về Thực hành Quyền Riêng tư của La Clínica.
- đã nhận được bản sao của giấy chấp thuận này.
- xác minh rằng tôi đã nhận được bản Quyền và Trách nhiệm của Bệnh nhân La Clínica.

CHỮ KÝ

NGÀY