



General Informed Consent



IDN13150039

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE INSCRIPCIÓN DEL MENOR
PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y REPRODUCTIVA DE
LOS CENTROS DE SALUD DE LA ESCUELA RUSH (RSBHC's)
Para adolescentes de 12-17 años de edad**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / ESTUDIANTE

Nombre: _____ **Sexo:** ☐ Masculino ☐ Femenino
Apellido segundo nombre Nombre Inicial del

Fecha de nacimiento: _____ **Nº de seguridad social** _____ - _____ - _____

Raza/Etnia: ☐ Afroamericano/Negro ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático
☐ Hawaiano/de las islas del pacífico ☐ Hispano ☐ Dos o más razas ☐ Caucásico

Teléfono de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la escuela/Asiste a: _____ Grado _____ División/ Nº de aula principal _____

INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL/PADRES

Nombre: _____ **Relación** _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono laboral: (____) _____

Celular: (____) _____ Número de localizador: (____) _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre de contacto 1: _____ **Relación con el estudiante** _____

Teléfono 1 (____) _____ Teléfono 2 (____) _____

Nombre de contacto 2: _____ **Relación con el estudiante** _____

Teléfono 1 (____) _____ Teléfono 2 (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Tipo de seguro: ☐ Medicaid ☐ HMO ☐ PPO ☐ Sin seguro ☐ Otro: _____

Información específica de Medicaid/All Kids: Identificación del receptor: _____ Nº de caso: _____

Información específica de MCO/PPO/Otro: Nombre del MCO/PPO/Otro: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nº de identificación de póliza: _____ Grupo # _____

Empleador del titular de la póliza: _____ Dirección: _____ Teléfono: (____) _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del médico: _____ Nombre de la clínica: _____

Dirección: _____ Nº de teléfono del médico (____) _____

Alergia(s) a los medicamentos _____ Afección(es) médica(s) preexistente(s) _____

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS CONFIDENCIALES DE SALUD MENTAL Y REPRODUCTIVA DEL MENOR

El personal de los RSBHCs considera que es importante la participación parental. A todos los estudiantes se les invita a involucrar a su(s) padre(s)/tutor(es) en las decisiones relacionadas con su salud. Sin embargo, se asegurará la confidencialidad entre el estudiante y los proveedores de salud en áreas de servicio específicas designadas por la ley, y no serán discutidas con su(s) padre(s)/tutor(es) a menos que se haya convenido con el estudiante. Véase a continuación los tipos de servicios confidenciales disponibles para usted. El centro médico puede proporcionar una amplia gama de servicios con el consentimiento firmado por los padres; pídale al personal más información.

Los servicios confidenciales disponibles incluirán, entre otros:

Servicios de laboratorio • Pruebas de embarazo • Pruebas de ETS y tratamiento • Vacunas contra el HPV y la Hepatitis B**	Servicios de salud mental • Evaluación del estrés, depresión y adaptación a las dificultades • Evaluación de problemas de alcoholismo o drogadicción • Consejería para problemas conductuales y emocionales • Consejería individual, de grupo y familiar
Servicios de salud reproductiva • Consejería sobre abstinencia • Educación/diagnóstico/ tratamiento de enfermedades de transmisión sexual • Problemas menstruales • Anticonceptivos/exámenes/disposición/prescripciones • Prueba de Papanicolaou • Pruebas y servicios de embarazo, atención prenatal • Detección del cáncer y educación	Referencias / Seguimiento Programas de educación sobre el cuidado de la salud

**La información acerca de las vacunas administradas se enviará a I-CARE, el Registro de vacunación automatizado e integral de Illinois. La meta principal de I-CARE es incrementar el nivel de cobertura de vacunación de los niños de Illinois. Al dar su consentimiento para recibir vacunas, también está aceptando la transferencia de la información a I-CARE.

Como paciente del RSBHC, entiendo que RSBHC no compartirá información mía con nadie sin mi permiso. El personal de RSBHC no puede informar sin mi permiso a mi(s) padre(s) o tutor del hecho de que estoy recibiendo estos servicios. Las siguientes son algunas expectativas. Es posible que RSBHC deba avisarle a alguien si:

- 1) Ocurre un accidente o tengo una lesión en las instalaciones escolares.
- 2) Les comunico que estoy siendo abusado física o sexualmente.
- 3) Me he causado daño o si puedo causarle daño a otra persona.

Entiendo que los miembros del personal harán todo lo posible por notificarme a mí primeramente, en el caso de que el personal de RSBHC determine notificar a mis padres o tutor por razones de seguridad.

De la misma manera en la que el personal de RCBHC acuerda proteger mi confidencialidad, estoy de acuerdo en respetar la confidencialidad de todos los demás alumnos en RCBHC. Esto quiere decir que, en el caso de que viera a otro estudiante en el centro de salud y/o si escuchara información sobre alguien que pudiese ser personal, acepto mantener esa información privada y no decirle nada a nadie.

También entiendo que las discusiones que tenga con el personal son confidenciales, del mismo modo que los archivos médicos en poder del personal son confidenciales. Tengo el derecho de rehusar cualquier servicio ofrecido por RCBHC en cualquier momento. Entiendo que debo notificar al personal de RSHBC en el caso de que cambie mi dirección o mi número telefónico.

CONSENTIMIENTO DEL MENOR PARA LA SALUD REPRODUCTIVA Y POLÍTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Acepto recibir servicios de salud reproductiva en los Centros de salud de la Escuela Rush. De acuerdo con la ley de Illinois, **las personas de 12 a 18 años pueden dar su consentimiento para recibir ciertos servicios de salud, que incluyen anticonceptivos, pruebas de embarazo, prueba y tratamiento de ETS, prueba de VIH, vacunas contra el HPV y la hepatitis B y consejería y cuidados relacionados con el embarazo.**

Debido a que tengo menos de 18 años de edad y no soy legalmente independiente de mis padres, entiendo que este concepto se aplica solo a los servicios citados anteriormente. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente adolescente _____ Fecha: _____

Testigo _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL MENOR PARA LA SALUD MENTAL Y POLÍTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Acepto recibir servicios de salud mental en los Centros de salud de la Escuela Rush. De acuerdo con la ley de Illinois, **las personas de 12 a 18 años de edad pueden dar su consentimiento para recibir ciertos servicios de consejería en salud mental o psicoterapia por una cantidad limitada de sesiones. Después de la sesión final, en consulta con el menor, el proveedor de salud mental puede determinar si el intentar obtener el consentimiento de los padres/tutor sería perjudicial para el bienestar del menor.**

Debido a que tengo menos de 18 años de edad y no soy legalmente independiente de mis padres, entiendo que este concepto se aplica solo a los servicios citados anteriormente. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente adolescente _____ Fecha: _____

Testigo _____ Fecha: _____

INTERPRETER UTILIZED / INTÉRPRETE UTILIZADO

Escriba el nombre del intérprete / Personal bilingüe calificado / o el número de identificación del intérprete por teléfono