

**SCHOOL-BASED HEALTH CENTER
STUDENT CONSENT FOR CONFIDENTIAL SERVICES (SY 2022-2023)**

I, _____, voluntarily give the health providers at the School-Based Health Center permission to provide me with one or more of the following confidential services:

The services that may be provided under this confidential agreement include: (Circle services you wish to receive)

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Family planning services | Pregnancy testing |
| STI testing and treatment | Mental health screening, counseling, and treatment |
| Substance use counseling and treatment | Case Management |

The school based health provider has encouraged me to involve my parent(s) and/or guardian in my healthcare; however, I am aware that it is my right to receive these services without consent of my parent or guardian.

Check all that apply:

- The SBHC provider may answer any inquiries from my parent(s) about my confidential services.
- I do not want** my parent(s) to know about my confidential services (not applicable to students 13 and younger seeking behavioral health services for longer than 2 weeks)
- I do not want** my primary care provider to know about my confidential services.
- The SBHC provider may notify my primary care provider of **medication prescriptions** given by the SBHC to ensure safety and prevention of drug interactions. _____
(student signature if consents to release prescription information to PCP)

By signing below, I acknowledge that:

- The SBHC provider has discussed the risk of being sexually coerced as a minor and the benefits and risks of the above service(s) and treatment(s).
- I have the right to accept or refuse these services without being denied other services from the SBHC.
- Confidentiality has been discussed with me, including the obligation to report if the provider thinks I will harm myself or others (suicide/homicide) and/or the provider knows or strongly suspects that I am being abused or neglected.
- I understand the SBHC may have to discuss my health with my parents or guardian if during my visits here a condition/situation is found that can harm me and additional help is needed. I further understand I will be notified if this must happen.
- I understand that if I receive family planning services and supplies I may be charged from a sliding fee scale. I will be responsible for these charges if they apply.
- I have been given a copy of the handout "What You Need to Know about Telehealth" and I understand that some SBHC services may be provided through telehealth.
- I understand that my records will be kept confidential and will be released only as permitted or required by law, including, but not limited, if a parent/guardian requests STI/HIV testing and treatment records pursuant to NMSA 1978, Sections 24-1-9.4 or 24-2B6(A), and that my health information will not be released to an outside agency or person except as specified in "Notice of Privacy Practices," of which I have been offered a copy.

→ _____
Student/Patient Signature _____ Date of Birth _____ Date

Witness _____ Title _____ Date

May we contact you privately? YES _____ NO _____

Phone # _____

Is this a home number, cell phone or friends' number? (Please circle one)

May we contact you at home? YES _____ NO _____

Home Phone # _____

Alternative way to contact you (mailing address, other):

**CENTRO ESCOLAR DE SALUD
CONSENTIMIENTO DEL ALUMNO PARA SERVICIOS CONFIDENCIALES
Año lectivo 2022-2023**

Yo, _____, les doy permiso voluntariamente a los proveedores de salud del Centro escolar de salud (SBHC) para que me presten uno o más de los siguientes servicios confidenciales:

Los servicios que pueden prestarse según este acuerdo confidencial incluyen: (Marcar con un círculo los servicios que desee recibir)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de planificación familiar | Pruebas de embarazo |
| Exámenes y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) | Chequeo, consejería y tratamiento de cuestiones de salud mental |
| Consejería y tratamiento del consumo de sustancias | Manejo de casos |

El proveedor escolar de salud me invitó a involucrar a mis padres o tutor en el cuidado de mi salud; sin embargo, sé que tengo el derecho de recibir estos servicios sin el consentimiento de mis padres o tutor.

Marque todas las opciones que correspondan:

- El proveedor del SBHC puede responder preguntas de mis padres sobre mis servicios confidenciales.
- No quiero** que mis padres sepan sobre mis servicios confidenciales (no aplicable para los alumnos menores de 13 años que requieran servicios de salud conductuales durante más de 2 semanas).
- No quiero** que mi proveedor de atención primaria sepa sobre mis servicios confidenciales.
- El proveedor del SBHC puede informar a mi proveedor de atención primaria sobre los **medicamentos que me hayan recetado** en el SBHC para garantizar la seguridad y prevenir la interacción entre los medicamentos.

(*firma del alumno si presta su consentimiento para brindar información sobre recetas médicas a su proveedor de cuidados primarios*)
Mediante mi firma a continuación, reconozco que:

- El proveedor del SBHC me informó sobre los riesgos de la coacción sexual como menor de edad, y sobre los beneficios y los riesgos de los servicios y los tratamientos mencionados arriba.
- Tengo el derecho de aceptar o rechazar estos servicios sin que se me nieguen otros servicios del SBHC.
- Me informaron sobre la confidencialidad, incluida la obligación del proveedor de informar cuando crea que voy a dañarme yo o dañar a otros (suicidio/homicidio) o de informar cuando sepa o tenga fuertes sospechas de que estoy sufriendo abusos o descuidos.
- Entiendo que quizás el SBHC tenga que hablar sobre mi salud con mis padres o mi tutor en caso de que durante mis consultas se descubra una enfermedad/situación que pueda dañarme y que requiera ayuda adicional. También entiendo que me notificarán si esto es necesario.
- Entiendo que, si recibo servicios y suministros de planificación familiar, pueden cobrarme tarifas de escala móvil. Si corresponden estos gastos, seré responsable de pagarlos.
- Me han mandado una copia del documento "Lo que necesita saber acerca de Telesalud (Telehealth)" y entiendo que algunos servicios de Clínicas de Salud Basadas en la Escuela (SBHC, por sus siglas en inglés) podrían ser proporcionados a través de Telesalud.
- Entiendo que mi historia clínica será confidencial y solo se revelará la información permitida o exigida por ley, incluidas, a modo de ejemplo, las solicitudes de un padre/tutor de los registros sobre exámenes de ITS o VIH y sus tratamientos según los artículos 24-1-9.4 o 24-2B-6(A) de las leyes comentadas de Nuevo México de 1978 (NMSA 1978). También entiendo que mi información de salud no será revelada a instituciones o personas ajenas, salvo lo especificado en la "Notice of Privacy Practices" ("Notificación de prácticas de privacidad"), de la cual me ofrecieron una copia.

Firma del alumno/paciente

Fecha de nacimiento

Fecha

Testigo

Título

Fecha

¿Podemos comunicarnos con usted de forma privada? Sí _____ NO _____

Teléfono # _____

¿Es un teléfono de línea, un teléfono celular o el número de un amigo? (Marcar una de las opciones con un círculo) ¿Podemos llamarlo a su casa?

Sí _____ NO _____