



Round Lake Area Student Health And Wellness Center Consent Form

Consent for Care:

I, for myself (or the patient named in this document), hereby consent to receive the services offered by Lake County Health Department and Community Health Center at the Round Lake Area Student Health and Wellness Center at Round lake High School. I understand that physicians, nurses and other health care providers in training may, under the supervision of appropriate personnel, participate in the treatment and I consent to such student involvement in care.

All students under the age of 18 are eligible for services if they have obtained written parental consent or if they are otherwise permitted under Illinois law to consent on their own behalf to such care. In addition, a parent, legal guardian, or student who is permitted under Illinois law to consent on his/her own behalf has a right to refuse any health care services.

I have read the above information and have had the opportunity to have my questions answered. I understand that I may revoke this consent at any time¹. I do hereby give my consent for my child to receive services offered by the Student Health and Wellness Center, except for those services excluded above.

Signature of Parent/Guardian: X _____ **Date:** _____

Release of Information:

I give permission to the Lake County Health Department and Community Health Center, NICASA Behavioral Health and Rosalind Franklin University Health System to Exchange protected medical information between the Student Health and Wellness Center and the appropriate Round Lake School District 116 personnel. This authorization shall remain in effect through the student's enrollment unless revoked. This release *does not* include releasing privileged information concerning treatment for drug and alcohol use, sexually transmitted infection information or HIV status. An additional release will be required for these services.

Signature of Parent/Guardian: X _____ **Date:** _____

Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices:

My signature on this form acknowledges that I have received a copy of Lake County Health Department and Community Health Center Round Lake Area Student Health and Wellness Center's Notice of Privacy Practices. I understand that this document provides an explanation of the ways in which my health information may be used or disclosed by the Lake County Health Department and Community Health Center's Student Health and Wellness Center and my rights with respect to my health information. I have been provided with the opportunity to discuss any concerns I may have regarding the privacy of my health information.

I have read the above information and have had the opportunity to have my questions answered. I do hereby give

Signature of Parent/Guardian: X _____ **Date:** _____

¹ Illinois State law requires a parent's or legal guardian's consent to provide medical treatment to a minor child except for family planning, sexually transmitted infection services, and certain mental health services when the minor is 12 years of age or older (Consent by Minors to Medical Procedures Act).



Formulario de Consentimiento para el Centro de Salud y Bien Estar Estudiantil de Round Lake

Consentimiento para Tratamiento:

Yo, por mi mismo (o el paciente nombrado en este documento) firmante autorizo a recibir los servicios ofrecidos por el Departamento de Salud del Condado de Lake y el Centro de Salud y Bienestar de Estudiantes localizado en la escuela Secundaria de Round Lake. Entiendo que los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en entrenamiento pueden, bajo la supervisión del personal apropiado, participar en el tratamiento y doy mi consentimiento a tal participación de los estudiantes en involucrado en mi cuidado medico.

Todos los estudiantes menores de 18 años son elegibles para recibir servicios si han obtenido el consentimiento por escrito de los padres o si están permitidos bajo la ley de Illinois para consentir en su propio nombre a esa atención. Además, uno de los padres, tutor legal o estudiante que está permitido bajo la ley de Illinois que consienten en su propio nombre / tiene derecho a rechazar los servicios de atención médica.

He leído la información anterior y he tenido la oportunidad de tener mis preguntas contestadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Yo doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba los servicios que ofrece el Centro de Salud y Bienestar Estudiantil, a excepción de aquellos servicios excluidos anteriormente.

Firma de Padre/Tutor Legal: X _____

Fecha: _____

Release of Information:

Doy permiso al Departamento de Salud del Condado de Lake, Departamento de Salud Mental Nicasa y Rosalind Franklin University Health System que intercambien información médica protegida entre el Centro de Salud y Bien Estar Estudiantil y los correspondientes del Distrito Escolar de Round Lake 116. Esta autorización se mantendrá vigente hasta la inscripción del estudiante a menos que sea revocada. Esta versión no incluye la divulgación de información privilegiada, sobre el tratamiento de drogas y alcohol, información de la infección de transmisión sexual o el VIH. Una forma de consentimiento adicional sera requerida para estos servicios.

Firma de Padre/Tutor Legal: X _____

Fecha: _____

Reconocimiento de Recibo del Aviso de prácticas de privacidad:

Mi firma en esta forma reconoce que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud del Condado de Lake y el Centro de Salud y Bienestar de Estudiantes. Entiendo que este documento ofrece una explicación de la forma en la que mi información médica puede ser utilizada o revelada por el Departamento de Salud del Condado de Lake y el Centro de Salud y Bienestar de Estudiantes y mis derechos con respecto a mi información médica. Se me ha dado la oportunidad de discutir cualquier preocupación que pueda tener con respecto a la privacidad de mi información de salud.

Firma de Padre/Tutor Legal: X _____

Fecha: _____

La ley del estado de Illinois requiere el consentimiento de un padre o tutor legal para proporcionar tratamiento médico a un niño menor de edad a excepción de la planificación familiar, servicios de infecciones de transmisión sexual, y ciertos servicios de salud mental cuando el menor tiene 12 años de edad o más (Ley de Consentimiento de los menores a los procedimientos médicos).