Emergence Health Network

Please submit with referral to sbmh@ehnelpaso.org

CONSENT TO REFER YOUTH FOR SERVICES

The agreement below is to be signed by the youth's parent/legal guardian. Emergence Health Network (EHN) and Fabens Independent School District (Fabens ISD) work together as a team to ensure youths receive the supports they need. The signature indicates that the parent/legal guardian consents to be contacted by Emergence Health Network and allows for communication between EHN and Fabens ISD regarding the status of this referral.

I, _____, agree to allow Fabens Independent School District to provide this referral information to Emergence Health Network regarding my youth, _____. I am further consenting to be contacted by Emergence Health Network so I can be provided additional information regarding this program. I am also consenting for EHN to share the outcome of this referral (opened, closed, in process of contacting) with Fabens ISD. EHN will not disclose protected health information about my youth to Fabens ISD without written authorization from the parent/legal guardian.

_____ _____

Parent/legal guardian signature Date

CONSENTIMIENTO PARA JÓVENES A SERVICIOS

El padre de familia o representante legal debe firmar el siguiente acuerdo. Emergence Health Network (EHN) y Fabens Independent School District (Fabens ISD) trabajan juntos para asegurarse que los jóvenes reciban el apoyo que necesitan. Al firmar este documento, el padre o representante legal indica que está de acuerdo en que EHN se comunique con él y permite al mismo comunicarse con Fabens ISD con respecto al estatus de esta referencia.

Yo, _____, estoy de acuerdo en permitir que Fabens Independent School District de información sobre mi familiar y mi niño, _____, al proveedor de Emergence Health Network así como a recibir información del mismo. Además, doy mi consentimiento para que el proveedor EHN se comunique conmigo para darme información adicional sobre la forma en que este programa puede ayudar a mi hijo y a mi familia. EHN no compartirá información médica confidencial sobre mi hijo a Fabens ISD sin mi autorización por escrito.

_____ _____

Firma del padre de familia o representante legal Fecha