

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE WILL Y CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS CONFIDENCIALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Y SALUD MENTAL PARA PACIENTES MENORES

El personal del Departamento de Salud del Condado de Will / Centro de Salud Comunitario del Condado de Will considera vital la participación de los padres. Se alienta a cada menor a involucrar a los padres / tutores en las decisiones de atención médica. Sin embargo, la confidencialidad entre el menor y los proveedores de atención médica se garantizará en áreas de servicio específicas designadas por la ley, y no se discutirá con los padres / tutores a menos que el menor lo acuerde. Vea a continuación los tipos de servicios confidenciales disponibles para usted. El Centro de Salud puede proporcionar una amplia gama de servicios con el consentimiento firmado de los padres en el archivo, solicite al personal más detalles.

Los servicios confidenciales disponibles incluirán, entre otros, los siguientes:

<p>Servicios de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de embarazo. • Pruebas y tratamiento de ITS • Vacunas contra el VPH y la hepatitis B ** 	<p>Servicios de salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del estrés, depresión y dificultades de ajuste. • Evaluación de problemas de alcohol y drogas. • Asesoramiento para problemas emocionales y de comportamiento. • Consejería Individual
<p>Servicios de salud reproductiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación / diagnóstico / tratamiento para infecciones de transmisión sexual. • Problemas menstruales • Control de la natalidad / exámenes / provisión / recetas • Papanicolaou • Pruebas y servicios de embarazo, atención prenatal. • Detección y educación sobre el cáncer. 	<p>Referencias / Seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de educación sanitaria • IRIS - Red de referencia para servicios sociales y de salud

** La información sobre las vacunas administradas se enviará a I-CARE, el Intercambio de Registro de Inmunizaciones Automatizadas Integrales de Illinois. El objetivo principal de I-Care es aumentar el nivel de cobertura de vacunación de los niños de Illinois. Al dar su consentimiento para recibir las vacunas, también está autorizando la transferencia de información a I-CARE.

Como paciente del Centro de Salud Comunitario del Condado de Will, entiendo que el centro no divulgará información sobre mí a nadie sin mi permiso. El personal de la clínica no puede informar a mis padres o tutores del hecho de que estoy recibiendo estos servicios sin mi permiso. Las siguientes son algunas expectativas. El Centro de Salud Comunitario del Condado de Will puede tener que decirle a alguien si:

1. Se produce una lesión o accidente en la propiedad de la clínica.
2. Les digo que estoy siendo abusado física o sexualmente.
3. He hecho daño o podría hacerme daño a mí mismo o a otra persona.
4. Tengo una condición potencialmente debilitante o letal.

CONSENTIMIENTO MENOR PARA LA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD Y ATENCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA

Acepto recibir servicios de salud reproductiva en el Will County Community Health Center. 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 salud que incluyen: control de natalidad, pruebas de embarazo, pruebas y tratamiento de ETS, pruebas de VIH, vacunas contra el VPH y la hepatitis B, y atención y asesoramiento relacionados con el embarazo. .

Soy menor de 18 años y no soy legalmente independiente de mis padres, entiendo que este consentimiento se aplica solo a los servicios enumerados anteriormente. También entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento.

Firma del paciente menor / adolescente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO MENOR PARA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

Acepto recibir servicios de salud mental en el Will County Community Health Center. 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 psicoterapia o psicoterapia para hasta 8 sesiones de noventa minutos. Después de la sesión final, en consulta con el menor, el proveedor de salud mental puede determinar si intentar obtener el consentimiento de los padres / tutores sería perjudicial para el bienestar del menor.

Firma del paciente menor / adolescente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE WILL Y CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE WILL
CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO Y DE LA SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

Consentimiento Médico: Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Will y al Centro de Salud Comunitario del Condado de Will y a su personal médico, dental, de salud conductual, y otros miembros del personal profesional, a proporcionar dichos servicios de atención médica y administrar dichos procedimientos y tratamientos de diagnóstico y terapéuticos según se considere necesario o aconsejable a mi cuidado. Esto incluye todas las pruebas y procedimientos de diagnóstico de rutina, que incluyen, entre otros: la administración y / o inyección de productos farmacéuticos y medicamentos y la extracción de sangre para el examen de laboratorio. Entiendo que no se me han garantizado los resultados o la efectividad del tratamiento o los exámenes realizados en el Centro de Salud Comunitario del Condado de Will. Entiendo que este consentimiento es válido por hasta 1 año y que puedo suspender los servicios en cualquier momento que considere necesario.

En el curso del tratamiento, el tratamiento puede ser proporcionado por un estudiante de enfermería, asistente médico o estudiante de salud conductual. Seré informado si un estudiante está trabajando conmigo y tengo derecho a rechazar sus servicios.

_____ (Iniciales) No deseo que los estudiantes brinden mi atención.

Divulgación de Información: Autorizo al Departamento de Salud del Condado de Will / al Centro de Salud Comunitario del Condado de Will a usar y divulgar mi información de salud para los siguientes propósitos: (1) proporcionar, coordinación o coordinar mi tratamiento de atención médica; (2) para permitir que Will County Community Health Center obtenga el pago por los servicios prestados; y (3) permitir que el Centro de Salud Comunitario del Condado de Will lleve a cabo operaciones comerciales y de atención médica ordinarias, tales como garantía de calidad, planificación de servicios y administración general. Soy consciente de que esta autorización para usar y divulgar información puede incluir:

- VIH o SIDA
- Enfermedad mental o cualquier
- Planificación familiar, embarazo
- Trastornos por consumo de alcohol o sustancias/Tratamiento
- Enfermedades de transmisión sexual Trastorno de salud mental
- Pruebas genéticas o enfermedades genéticas.

Soy consciente de que Will County Community Health Center puede compartir información con cualquiera de mis otros proveedores médicos para recibir tratamiento médico o con un tercero para el pago financiero a través de medios electrónicos.

Asignación de Beneficios: asigno a Will County Community Health Center todos los beneficios a los que tengo derecho de Medicare, Medicaid, otras agencias gubernamentales, compañías de seguros y otros terceros que son financieramente responsables de la atención médica, los servicios de salud del comportamiento o cualquier otro otro tratamiento proporcionado por Will County Community Health Center.

Obligaciones Financieras: en caso de incumplimiento de pago por parte de un tercero para el que he proporcionado una asignación de beneficios, estoy obligado a pagar todos los montos adeudados por los servicios prestados en las instalaciones del Centro de Salud Comunitario del Condado de Will de acuerdo con las tarifas y los términos de Will County Community Health Center entrará en vigencia en la fecha del servicio. También acepto que soy responsable de los copagos, coseguros o deducibles aplicables.

Certifico que he leído este formulario y que soy el paciente, o estoy debidamente autorizado por el paciente, como el paciente representante para ejecutar este formulario y aceptar sus términos.

Nombre del paciente o parte responsable (en letra de imprenta): _____

Paciente o parte responsable (firma): _____

Relación con el paciente (si el paciente no puede firmar): _____

Fecha: _____ Testigo: _____

(Impresión y firma)

Los pacientes bajo la custodia de DCFS deben tener un consentimiento "de rutina y ordinario" firmado por el representante de DCFS para atención médica y un consentimiento de "tratamiento de salud mental" para recibir B.H. servicios