

MICHIGAN MEDICINE Alianza Regional para Escuelas Saludables (RAHS, <i>por sus siglas en inglés</i>) Regional Alliance for Healthy Schools Consentimiento de un menor para servicios confidenciales Minor's Consent for Confidential Services (Spanish)	MRN: NAME: DOB:
--	--------------------------------------

Instrucciones: Marque la casilla después de haber leído y entendido cada sección.

Directions: Check the box after you read and understand each section.

- ☐ Entiendo que, si tengo 17 años o menos **y** entiendo mis acciones, puedo obtener ayuda en: pruebas y tratamiento por abuso de fármacos y drogas, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de embarazo, salud reproductiva y referencias para servicios del control de la natalidad y educación. No necesito el permiso de mis padres o de mi tutor. Mi proveedor de salud no necesita el permiso de mis padres o tutor.
I understand that if I am 17 years old or younger **and** I understand my actions, I can get help: testing and treatment for drug and substance abuse, sexually transmitted diseases, pregnancy testing, and reproductive health and birth control education and referrals. I do not need permission from my parent(s) or guardian. My healthcare provider does not need permission from my parent(s) or guardian.
- ☐ Entiendo que, si tengo 14 años o más, puedo obtener servicios clínicos ambulatorios limitados de salud mental sin el permiso de mis padres o tutor. No puedo tener más de 12 visitas en 4 meses. Esta ayuda no incluye medicamentos.
I understand that if I am 14 years of age or more, I can get limited outpatient mental health services without permission from my parent(s) or guardian. I can't have more than 12 visits in 4 months. This help does not include medications.
- ☐ Si requiero tratamiento más allá de esto, entiendo que necesitaré un formulario de consentimiento general firmado por mis padres/tutor.
If I require treatment beyond this, I understand I will need a general consent form signed by my parent/guardian.
- ☐ Entiendo que tengo derecho a rehusar tratamiento, o regresar en otra oportunidad, a no ser que haya amenazas o daño para conmigo mismo o para los demás.
I understand that I have the right to refuse treatment, or to come back at a different time, unless threat or harm to myself or others exist.
- ☐ Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para servicios, escribiendo al centro de salud de RAHS o decirle a mi proveedor de salud.
I understand that I can withdraw my consent for services by writing to the RAHS Health Center or by telling my provider.
- ☐ Entiendo que mi proveedor de servicios médicos no puede hablar a mis padres o tutor acerca de mi tratamiento, a menos que:
I understand that my health care provider will not tell my parent(s) or guardian about my treatment unless:

31-10134	VER: A/24 HIM: 02/25	Original - Medical Record Copy – Patient / Family		Consent – Procedure / Treatment / Evaluation
----------	-------------------------	--	---	--

MICHIGAN MEDICINE Alianza Regional para Escuelas Saludables (RAHS, <i>por sus siglas en inglés</i>) Regional Alliance for Healthy Schools Consentimiento de un menor para servicios confidenciales Minor's Consent for Confidential Services (Spanish)	MRN: NAME: DOB:
---	-------------------------------

- ☐ Mi proveedor de salud piense que hay una razón médica para ello, pero en este caso mi proveedor hablaría primero conmigo antes de hablar con mis padres o tutor.
My health care provider believes there is a medical reason to do so, but my provider will first talk with me before telling my parent(s) or guardian.
- ☐ Mi proveedor de servicios médicos cree que puedo lastimarme a mí mismo, pero primero me comunicara que va a decírselo a mis padres o tutor.
My health care provider believes I may harm myself, but first my provider will tell me that they are going to tell my parent(s) or guardian.
- ☐ He amenazado con lastimar a alguien más, y si el profesional de la salud cree que lastimaré a dicha persona, el profesional de la salud debe comunicárselo a dicha persona y a la policía. Entiendo que el profesional de la salud hablará conmigo acerca de esas amenazas, pero lo comunicará a mis padres o tutor.
I threaten to hurt someone else, and if the health care professional believes I will hurt the person, health care professional must tell the other person and the police. I understand that the health care professional will talk to me about the threats but will tell my parent(s) or guardian.

Servicios de telemedicina

Telemedicine Services:

- ☐ Entiendo que puedo recibir atención mediante servicios de telemedicina. Las limitaciones de una visita de telemedicina incluyen la posibilidad de no poder determinar aquellas afecciones determinables durante una revisión física completa. Puede haber también dificultades técnicas como una pérdida o interrupción de la conexión.
I understand that I may receive care through telemedicine services. The limitations of a telemedicine visit include the possibility of not being able to pick up conditions found during a complete physical exam. There may also be technical difficulties like a lost connection or interruption.

Reconocimiento de la notificación sobre las políticas de privacidad:

Notice of Privacy Practices Acknowledgement:

- ☐ Me han dado/ofrecido la notificación sobre las políticas de privacidad de Michigan Medicine.
I have been given/offered the Michigan Medicine Notice of Privacy Practices.
- ☐ Mis preguntas, si ha habido, han sido respondidas. He leído la información contenida en este formulario. Entiendo la información.

31-10134	VER: A/24 HIM: 02/25	Original - Medical Record Copy – Patient / Family		Consent – Procedure / Treatment / Evaluation
----------	-------------------------	--	---	--

MICHIGAN MEDICINE Alianza Regional para Escuelas Saludables (RAHS, <i>por sus siglas en inglés</i>) Regional Alliance for Healthy Schools Consentimiento de un menor para servicios confidenciales Minor's Consent for Confidential Services (Spanish)	MRN: NAME: DOB:
--	--------------------------------------

My questions, if any, have been answered. I have read the information in this form. I understand the information.

		/ /
Nombre del paciente en letra de molde Printed Name of Patient	Firma del paciente Signature of Patient	Fecha (mm/dd/aaaa) Date (mm/dd/yyyy)

He hablado con el paciente acerca de toda la información contenida en este formulario. He contestado a sus preguntas, y estoy satisfecho(a) de que el/ella entiende la información.

I have discussed all of the information in this form with the patient. I have answered his/her questions and am satisfied he/she understands the information.

Explicado y obtenido por (Nombre en letra de molde)
Explained and Obtained by (Printed Name)

Firma
Signature

Facha: ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)
Date: ____ / ____ / ____ (mm/dd/yyyy)

Hora: ____ A.M. / P.M.
Time: ____ A.M. / P.M.