

**Información de el/la/le estudiante**

\*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre que prefiere: \_\_\_\_\_ \*Identificación estudiantil: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Número de seguro social: \_\_\_\_\_

\*Sexo al nacer:  Femenino  Masculino  Intersexual \*Identidad de género:  Femenino  Masculino  
 Género no binario \*Pronombres que prefiere:  Ella/  El  Ellos  Otro: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

\*Idioma(s) que habla(n) en casa: \_\_\_\_\_

\*Raza(s):  Indígena estadounidense  asiático/a/e  De la negritud  hispano/a/e/Latino/né  multirracial  blanco/a/e

\*Etnia:  Hispano/a/e/Latino/a/né  Hmong  no es hispano/a/e/Latino/né  somalí  africano/a/e  otra: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de el/la/le estudiante: \_\_\_\_\_  Celular  Otro ¿Está bien recibir textos?  Si  No

Correo electrónico de el/la/le estudiante: \_\_\_\_\_

Si va a otra clínica por favor indique a cuál: \_\_\_\_\_

\*Escuela:  Longfellow  Edison  FAIR  Henry  Roosevelt  South  Southwest  Washburn  
 Wellstone  Otra: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo del programa de Clínicas Médicas Escolares (School Based Clinics, SBC por sus siglas en inglés)

Por una presentación en el salón de clase  Coach (Entrenador/a/e)  Facebook  Por una amistad  Padre/madre  Enfermera/o/e de la escuela  SBC Website  Maestro/a/e/  Por el personal de la escuela  Twitter  Otro: \_\_\_\_\_

**Seguro médico**

Los servicios son proporcionados a las familias sin costo alguno, sin importar si el/la/le estudiante tiene seguro médico o no. Se facturará a la aseguradora médica siempre que sea posible para ayudar a cubrir los gastos de la atención a la salud.

Por favor escoja una

No sé la información sobre mi seguro médico.  No creo que tengo seguro médico.

**Ayuda para el pago de facturas médicas/subsidio para el seguro de salud Medical Assistance/Public Health Insurance**

Del estado de Minnesota  Blue Cross  UCare  MHP  Health Partners

Group Number (Número de grupo): \_\_\_\_\_ Policy Number (Número de póliza): \_\_\_\_\_

**Seguro médico privado**

BlueCross/BlueShield  Health Partners  Medica  Portico  Preferred One  UCare

Otro: \_\_\_\_\_

Group Number (Número de grupo): \_\_\_\_\_ Policy Number (Número de póliza): \_\_\_\_\_

Policy Holder Name (Nombre de la persona que tiene la póliza de seguro médico): \_\_\_\_\_

Si usted tiene seguro médico privado, su papá o su mamá/o su tutor/a/e pueden ver los cargos. ¿Está bien facturarle a esta aseguradora médica?

Si  No

**Es requisito firmar atrás** ↘

La ley de Minnesota (estatuto 144.341 a 347) les permite a las personas menores de 18 años dar su consentimiento para tener acceso a los servicios por embarazo/control de la natalidad, pruebas y tratamiento por infecciones de transmisión sexual, sin el consentimiento parental.

*Por favor a continuación ponga en la casilla correspondiente las iniciales de su nombre y apellido(s) en cada una de las declaraciones a continuación para demostrar que ha leído y ha entendido cada una.*

Es requisito para todas las visitas a la clínica	Iniciales
1. Puedo entender la información sobre la salud.	
2. Estoy dando mi autorización para recibir potencialmente cuidados de salud reproductiva.	
3. Me han dado o me darán oportunidad de discutir mis preguntas y preocupaciones.	

**Al firmar este formulario usted acuerda que:**

- Las declaraciones arriba son verdaderas y representan mi situación actual. La información que se discutió hoy incluyó, pero no se limitó a las declaraciones que aparecen arriba. Solicito y doy mi consentimiento para recibir servicios de salud reproductiva.
- Si tengo seguro médico privado o tengo ayuda para el pago de facturas médicas o subsidio para el seguro de salud, (Medical Assistance/Public Health Insurance) también autorizo a la clínica para compartir mi información sobre mi salud con la aseguradora médica para los efectos de la facturación.
- Su consentimiento estará vigente hasta que cumpla 18 años o ya no use los servicios de la Clínica Médica Escolar (School Based Clinic).

\_\_\_\_\_  
 Nombre de el/la/le estudiante, *escriba con letra de molde por favor*

\_\_\_\_\_  
 Firma de el/la/le estudiante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**¡Por favor presente este formulario completo en la clínica médica escolar de su escuela!**

Para más información visite el sitio en la red [www.minneapolismn.gov/sbc](http://www.minneapolismn.gov/sbc) o póngase en contacto con la administración del programa al 612-673-5305 o con la clínica escolar de su escuela.

## ¿Por qué estamos dándole este formulario para que lo firme?

Para informarle cómo los datos privados sobre su salud pueden ser usados y compartidos y cómo puede usted tener acceso a esta información. Al cuidar de su salud obtenemos información sobre usted. Alguna información que obtenemos sobre usted pasa a formar parte de su registro de salud y del expediente de facturación, y para proteger la privacidad de su información la Clínica Médica Escolar cumple con las leyes estatales y federales. El Aviso de las Normas sobre la Privacidad proporciona los detalles sobre estas reglas.

## ¿Quién tiene acceso a la información que usted proporciona?

1. Al pedirlo, USTED generalmente puede revisar cualquier información que la Clínica reúna sobre la atención de su salud.
2. Al pedirlo, SU PAPÁ o su MAMÁ generalmente pueden revisar la información que la Clínica Médica Escolar reúna sobre el cuidado de su salud, a excepción de lo siguiente:
  - a. Si su visita a la clínica fue en relación a un embarazo o condiciones relacionadas con un embarazo, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y abuso de alcohol y/o drogas.
  - b. Usted tiene derecho a solicitar que el acceso parental a toda su información de salud en la clínica sea denegado. Si usted no quiere que ni su papá ni su mamá tengan acceso a ninguna información sobre la atención a su salud en la clínica, usted debe solicitarlo por escrito explicando las razones por las que usted no quiere que tengan acceso a la información sobre su salud y además debe firmar la solicitud. La Clínica respetará su solicitud de negar el acceso parental a la información sobre su salud, si su proveedor de salud decide que es por su bienestar no dar acceso a la información. Usted puede pedirle al personal de la Clínica un "Formulario para denegar el acceso parental" para solicitarlo.
3. El personal de la Clínica Médica Escolar y contratistas cuya asignación de trabajo lo requiera.
4. Otros profesionales de la medicina cuando sea necesario para que le proporcionen atención médica.
5. La Oficina de Protección de Menores y o las agencias policíacas por asuntos relacionados con sospecha de abuso y/o descuido de menores.
6. Las agencias estatales, federales y locales o departamentos de salud a quienes se les puede proporcionar resúmenes de la información con objetivos estadísticos, eliminándose toda su información de identificación.
7. Podemos compartir su información para proteger la salud de usted o de otros.
8. Nuestro abogado/a/e, o con nuestro/a/e abogado/a/e del personal si fuere necesario.
9. Y con otros como está descrito en nuestro Aviso de las Normas de Privacidad incluso cuando lo ordenare la ley, incluyendo las autoridades que pueden emitir una citación bajo apercibimiento válida, orden de captura o por orden de un juez.

La información no se compartirá con ninguna otra agencia o persona individual sin su consentimiento por escrito (o cuando le corresponda su papá o su mamá) a menos que lo autoricen las leyes estatales o federales.

Los registros médicos de la Clínica Escolar se mantienen separados de cualquier otro expediente escolar. Cuando usted deja la escuela high school, sus registros se almacenarán de forma segura como lo ordena la ley.

## ¿Cuáles son sus derechos cuando provee información?

Usted tiene derecho a negarse a proveer la información que solicitamos, sin embargo, al negarse a proporcionar información sobre su historial médico y otra información, esto limita nuestra capacidad para proporcionarle una atención de salud con calidad y puede dar como resultado un tratamiento ineficaz o a ningún tratamiento en lo absoluto.

## Reconocimiento de haber recibido el Aviso de las Normas de Privacidad

Nuestro Aviso sobre las Normas de Privacidad le proporciona información sobre cómo nuestra clínica puede usar o compartir información privada sobre su salud, para su tratamiento, el pago y funcionamiento de la clínica. Está disponible una copia de papel en cada una de las Clínicas Médicas Escolares o puede encontrar una copia en el sitio en la red:

<https://www.minneapolismn.gov/sbc>.

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Normas de Privacidad de la Clínica Médica Escolar.

Nombre de el/la/le estudiante *por favor escriba con letra de molde*

Firma del/la/le estudiante

Fecha