

CONSENT FOR MEDICAL AND MENTAL HEALTH SERVICES

SANDY SEGAL YOUTH HEALTH CENTER
Venice Family Clinic and Culver City Unified School District
4401 Elenda Street, Culver City, CA 90230 Phone: 310-842-4200, ext 3510

Print Student/Patient Information

Name: _____ Birthdate: _____ Grade: _____

Address: _____

Print Parent/Legal Guardian/Caregiver* Information

Name: _____ Email: _____

Home Phone #s: (____) _____ Cell #: (____) _____ Work#: (____) _____

1) I give permission for the Venice Family Clinic to provide health and mental health care services to the above named student. Services include, but are not limited to, immunizations, laboratory services, diagnosis and treatment of acute illnesses/injuries, physical examinations, and mental health counseling.

2) I understand my consent covers only those services provided at the Sandy Segal Youth Health Center. I understand that this consent form remains valid until its expiration date or until the clinic receives written revocation from me.

3) I understand that I will not be billed directly for any health services provided at the Sandy Segal Youth Health Center. However, I understand that Venice Family Clinic needs to cover their expenses and may bill third parties for these services, including any applicable health insurer, or ask students to enroll in Medi-Cal or another public insurance program. My insurance information is listed below:

Health Insurance No Yes Provider: _____ Policy #: _____

Medi-Cal No Yes Number: _____

Parent/Guardian/Caregiver* Signature: _____ Date: _____

**If Caregiver does not have legal custody, a Caregiver Authorization Affidavit will need to be completed; please call 310-842-4200, ext 3510 for more information.*

The Sandy Segal Youth Health Center is operated by the Venice Family Clinic in collaboration with Culver City Unified School District. All health and mental health services provided at the Sandy Segal Youth Health Center are confidential and records are not available to school officials. For more information about the privacy of your health information, please visit the following website: <http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>

Please be aware that under California law, youth do not need parental consent to receive certain health care services, such as diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases and reproductive health care. For more information about these laws and the services we provide, please contact us at 310-842-4200, ext 3510.



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS MEDICOS Y DE SALUD MENTAL

SANDY SEGAL YOUTH HEALTH CENTER
Venice Family Clinic and Culver City Unified School District
4401 Elenda Street, Culver City, CA 90230 Phone: 310-842-4200, ext 3510

Imprimir información del estudiante/paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Domicilio: _____

Imprimir información del Padre/Tutor Legal /Cuidador*

Nombre: _____ Email: _____

Numero de casa: () _____ Cell #: () _____ Trabajo#: () _____

- 1) Yo doy permiso a Venice Family Clinic a proporcionar servicios de salud y salud mental, a la estudiante ya mencionada. Los servicios incluyen, pero son no limitado a, vacunas, servicios de laboratorio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades/lesiones agudas, exámenes físicos y mentales asesoramiento.
- 2) Entiendo que mi consentimiento cubre solamente aquellos servicios prestados en el Sandy Segal Youth Health Center. Entiendo que este consentimiento sigue siendo válido hasta su fecha de vencimiento o hasta que la clínica reciba una revocación escrita por mí.
- 3) Entiendo que no seré facturado directamente por servicios de salud ofrecidos en el Sandy Segal Youth Health Center. Sin embargo, entiendo que la Venice Family Clinic necesita cubrir sus gastos y pueden facturar a terceros por estos servicios, incluyendo cualquier aseguradora de salud aplicables o pedir a los alumnos a inscribirse en Medi-Cal o cualquier otro programa de seguro público. La información de mi seguro se proporciona abajo:

Seguro Médico **No** [] **Sí** [] Proveedor: _____ Póliza #: _____
Medi-Cal **No** [] **Sí** [] Numero: _____

Firma del Padre/Tutor/Cuidador*: _____ **Fecha:** _____

** Si el cuidador no tiene la custodia legal, declaración jurada de autorización de un cuidador tendrá que ser completada; para más información llame al 310-842-4200, ext 3510.*

El Sandy Segal Youth Health Center es operado por la Venice Family Clinic en colaboración con el Culver City Unified School District. Todos los servicios de salud y salud mental en el Sandy Segal Youth Health Center son confidenciales y registros no están disponibles para los funcionarios escolares. Para obtener más información acerca de la privacidad de su información médica, por favor visite el siguiente sitio web:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html>

Por favor, tenga en cuenta que bajo la ley de California, adolescentes no necesitan consentimiento de los padres para recibir ciertos servicios de atención médica, tales como diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva. Para obtener más información sobre estas leyes y los servicios que ofrecemos, por favor contáctenos en 310-842-4200, ext 3510.

