

Información del estudiante *campo obligatorio

*Apellido: _____

*Nombre: _____

Nombre de preferencia: _____

*Identificación del estudiante: _____

*Número de Seguro Social: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

*Raza: *Escoja una opción.*

Aborigen estadounidense Asiático Negro Blanco

*Origen étnico: *Escoja una opción.*

Hispano/latino Hmong Multirracial No hispano/latino
 Somalí Otro origen africano Otro: _____

*¿Nació en Estados Unidos? Sí No

*Teléfono: _____ Celular Otro

Correo electrónico: _____

*Escuela: Broadway/Longfellow Edison Henry
 Roosevelt South Southwest Washburn

Clínica actual: _____

Médico actual: _____

Información de los padres

Nombre(s): _____

Padre/madre Tutor Pariente: _____

Teléfono del padre/madre: _____

Celular Particular Trabajo

Seguro

Los servicios se ofrecen de manera gratuita o a un bajo costo para las familias, independientemente de si un estudiante tiene o no seguro médico. Siempre que sea posible, se factura al seguro a fin de ayudar a cubrir los costos de la atención. Podemos enviar una factura por copagos de servicios de salud mental si el estudiante tiene un seguro privado. *Escoja una opción.*

No cuenta con información sobre el seguro médico.

No tiene seguro médico.

Asistencia médica/seguro médico público

Assured Care DHS Health Partners Medica UCare

*Número de póliza: _____

Seguro médico privado

BlueCross/BlueShield Health Partners Medica Portico

Preferred One UCare Otro: _____

*Número de póliza/grupo: _____

*Nombre del titular de la póliza: _____

*Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Número del Seguro Social del titular de la póliza: _____

Consentimiento Coloque sus iniciales al lado de cada afirmación para confirmar que la ha leído y comprendido.

Obligatorio para todas las visitas médicas.	Escriba sus iniciales
1. Comprendo los datos y la información.	
2. Comprendo qué me podría pasar como consecuencia de mis actos.	
3. Considero que los servicios de salud que he solicitado serán beneficios para mí.	
4. Considero que estos servicios de salud son necesarios para mi salud y bienestar.	
5. Involucrar a mis padres en esta decisión representaría un problema para mí en este momento.	
6. He tenido la oportunidad de que me expliquen las preguntas y dudas que tenía.	
7. Me han explicado los riesgos y los beneficios del tratamiento.	
8. Acepto los riesgos y los beneficios del tratamiento que he elegido.	
9. Considero que he recibido toda la información necesaria para tomar esta decisión sobre mi atención médica.	

Obligatorio solo para las visitas por métodos anticonceptivos y pruebas de STI	Escriba sus iniciales
10. Comprendo que, como consecuencia de mi actividad sexual, puedo quedar embarazada o contraer enfermedades de transmisión sexual.	
11. Comprendo que no tener relaciones sexuales es el único método completamente efectivo para evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual.	
12. He elegido ser sexualmente activo.	
13. Solicito servicios de salud para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual.	
14. Comprendo todas las opciones que me ofrecieron para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual.	
15. No tengo preguntas ni dudas sobre la elección que he tomado para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual.	

Al firmar este formulario, usted acepta lo siguiente:

- Las afirmaciones expuestas anteriormente son verdaderas y representan mi situación actual. La información actualmente analizada incluye, a modo de ejemplo, las afirmaciones expuestas anteriormente. Solicito los servicios de salud reproductiva y otorgo mi consentimiento para recibirlos.
- En caso de tener seguro médico o asistencia médica, también autorizo a que la clínica divulgue información relacionada con mi atención médica a la compañía de seguros con el fin de llevar a cabo la facturación. Por la presente autorizo y solicito el pago y el envío del pago directamente al Departamento de Salud y Ayuda Familiar de Minneapolis por cualquiera de los beneficios de atención médica pagaderos conforme a mi póliza de seguro por los servicios prestados. Comprendo que toda la información sobre mi atención médica es privada y se tratará conforme a las Leyes de Privacidad de Datos de Minnesota y a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Nombre del estudiante *en letra de imprenta*

Firma del estudiante

Fecha

Si desea obtener más información, visite el sitio web www.minneapolismn.gov/sbc o comuníquese con el director del programa al teléfono 612-673-5305 o en la clínica ubicada en su escuela.

Un programa de


Minneapolis
Health Department

For reasonable accommodations or alternative formats please contact the Minneapolis Health Department at 612-673-2301 or email health@minneapolismn.gov. People who are deaf or hard of hearing can use a relay service to call 311 at 612-673-3000.

TTY users call 612-673-2157 or 612-673-2626.

Para asistencia 612-673-2700 - Rau kev pab 612-673-2800
Hadii aad Caawimaad u baahantahay 612-673-3500.