

Minor Consent for Treatment

Minor's full name: _____ Date of Birth: _____

A physician, nurse practitioner or physician assistant, dentist, dental hygienist, nurse, psychiatrist, and mental health counselor are available, based on schedule to provide primary healthcare, dental care, psychosocial services, and nutritional consultations.

Available services may include, but are not limited to:

- Physical examinations, health assessments, and/or screening for health problems
- Diagnosis and treatment of acute illness and injury
- Diagnosis and management of chronic illness
- Health education and promotion: outreach health promotion /prevention workshops will be offered
- Immunizations
- Wellness promotion including smoking cessation, nutrition, and/or weight management
- Reproductive health care including gynecological examinations, STD education, testing and treatment, HIV/AIDS education, counseling/testing, and contraceptive services
- Laboratory tests including throat culture, complete blood counts, mono spots etc.
- Mental health counseling services
- Dental examination and treatment
- Referrals to other agencies for services not provided at the School Based Health Center.

By signing below, I certify and affirm that:

The aforementioned child has my consent to receive services offered by Promise Healthcare by its providers. I have been informed of and understand the scope of services which may be provided. I also understand that a parent, legal guardian, or minor who is permitted under Illinois law to consent on his or her own behalf has a right to refuse any health care service(s). I also understand that although I am encouraged to be present for appointments, it is not required and that by signing below, I am authorizing Promise Healthcare to provide services to my child in his/her best interest.

I further understand that under Illinois law, a minor over age 12 has the same capacity as an adult to consent to certain health services and no parent is required for such services.

I understand that if my child is 12 or older and were to receive mental health/substance abuse services from Promise Healthcare, he/she/they may receive up to eight therapy sessions without my consent. By law, a child under age 12 will not be allowed to receive mental health/substance abuse services without parental consent.

This consent shall be effective from the date of signature for one year unless I terminate it in writing or at such time that the minor turns eighteen (18) or otherwise becomes emancipated.

Parent/guardian printed full name: _____ Relationship to minor: _____

If/when I am not available, I authorize the following person(s) to accompany this minor to their appointment(s) if applicable

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Name: _____ Relationship: _____

Parent/guardian signature: _____ Date: _____

Patient signature (12 years or older): _____ Date: _____

STAFF USE ONLY: Verbal Consent Section (*ONLY if verbal consent is obtained)

☐ Verbal consent obtained by phone. Parent/guardian was informed of the nature of services and gave permission for treatment. Two staff witnesses present.

• Name of Person Giving Consent: _____

• Relationship to Patient: _____

• Date & Time of Consent: _____

Witness #1 (Printed Name & Title): _____ Signature: _____ Date: _____

Witness #2 (Printed Name & Title): _____ Signature: _____ Date: _____

Consentimiento del menor para el tratamiento

Nombre completo del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Un médico, una enfermera o un auxiliar médico, un dentista, un higienista dental, una enfermera, un psiquiatra y un consejero de salud mental están disponibles, según el horario, para proporcionar atención sanitaria primaria, cuidados dentales, servicios psicosociales y consultas nutricionales.

Los servicios disponibles pueden incluir, entre otros:

- Exámenes físicos, evaluaciones de salud y/o detección de problemas
- de salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones agudas
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas
- Educación y promoción de la salud: se ofrecerán talleres de promoción y prevención de la salud.
- Inmunizaciones
- Promoción del bienestar, como dejar de fumar, nutrición o control del peso
- Atención a la salud reproductiva, incluidos exámenes ginecológicos, educación sobre ETS, pruebas y tratamiento, educación sobre VIH/SIDA, asesoramiento/pruebas y servicios anticonceptivos
- Pruebas de laboratorio como cultivo de exudado faríngeo, hemograma completo, mononucleosis, etc.
- Servicios de asesoramiento en salud mental
- Examen y tratamiento dental
- Remisiones a otros organismos para servicios no prestados en el Centro de Salud Escolar.

Al firmar a continuación, certifico y afirmo que:

El niño mencionado tiene mi consentimiento para recibir los servicios ofrecidos por Promise Healthcare por sus proveedores. He sido informado y comprendo el alcance de los servicios que pueden prestarse. También entiendo que un padre, tutor legal o menor de edad que esté autorizado por la ley de Illinois a dar su consentimiento en su propio nombre tiene derecho a rechazar cualquier servicio(s) de atención sanitaria. También entiendo que, aunque se me recomienda estar presente para las citas, no es obligatorio y que, al firmar a continuación, estoy autorizando a Promise Healthcare a proporcionar servicios a mi hijo en su mejor interés.

Entiendo además que, según la ley de Illinois, un menor de más de 12 años tiene la misma capacidad que un adulto para dar su consentimiento a determinados servicios sanitarios y no se requiere la presencia de los padres para dichos servicios.

Entiendo que, si mi hijo tiene 12 años o más y fuera a recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias de Promise Healthcare, él/ella/ellos pueden recibir hasta ocho sesiones de terapia sin mi consentimiento. Por ley, un menor de 12 años no podrá recibir servicios de salud mental/abuso de sustancias sin el consentimiento de sus padres.

Este consentimiento será efectivo a partir de la fecha de la firma durante un año, a menos que lo rescinda por escrito o en el momento en que el menor cumpla dieciocho (18) años o se emancipe de otro modo.

Nombre completo impreso del padre/tutor: _____

Relación con el menor: _____

Si/cuando yo no esté disponible, autorizo a la(s) siguiente(s) persona(s) a acompañar a este niño a su(s) cita(s) si procede:

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Nombre Completo: _____ Relación con el Niño: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del paciente (12 años o más): _____ Fecha: _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL (*ONLY if verbal consent is obtained)

☐ Verbal consent obtained by phone. Parent/guardian was informed of the nature of services and gave permission for treatment. Two staff witnesses present.

• Name of Person Giving Consent: _____

• Relationship to Patient: _____

• Date & Time of Consent: _____

Witness #1 (Printed Name & Title): _____ Signature: _____ Date: _____

Witness #2 (Printed Name & Title): _____ Signature: _____ Date: _____