



# UMMA Teen Clinic Consent Form

Fremont High School Wellness Center  
7821 S. Avalon Blvd, 90003  
(323) 789-5610



First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Middle: \_\_\_\_\_ Suffix: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ SLC: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_/\_\_/\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Emergency Contact Name: \_\_\_\_\_ Emergency phone #: \_\_\_\_\_ Student SS#: \_\_\_\_\_

I/We have read and understand the services offered at the Fremont High School Wellness Center (FHSWC) as described below. I/We understand further that the services authorized by my/our signature on this form are simple, common or routine health care services, and treatment will be limited to:

1. Diagnosis and treatment of minor and acute illnesses
2. Physical examinations (general, sports, pre-employment)
3. Assistance with chronic (ongoing) illnesses, such as asthma and diabetes.
4. Treatment of acne and other skin problems
5. Immunizations
6. Vision and hearing screening
7. Behavioral health services, including but not limited to: individual, family and group counseling, case management, substance abuse treatment, education and information, grief counseling, chronic disease prevention and management classes, and diabetes education/counseling
8. Dental Services, including but not limited to: oral evaluations, radiographs and images, teeth cleaning, fluoride application, extractions, cavity fillings, and sealants
9. Laboratory Services
10. Nutrition and weight control programs
11. Diagnosis of mental health issues
12. First Aid for minor injuries
13. Limited prescriptive and over-the-counter items
14. Referrals for health care services, that cannot be provided at the FHSWC

I understand that this consent covers only those services provided at the FHSWC or the UMMA Community Clinic (UMMA) main site, which is a result of a referral made by the FHSWC. I/We understand that under California State law, minors are legally able to consent for certain services without parental permission. Confidentiality will be broken in cases that harm the health and/or safety of yourself or your child.

I/We understand that no student will be charged directly for services at FHSWC. All third party payment sources will be billed. Grant funds will be used to support services rendered to students without insurance or Medi-Cal. If my child is covered by any type of health insurance, I will provide insurance information indicated on the back of this form.

I/We understand that UMMA Community Clinic can electronically send an accurate, error free, and understandable prescription directly to a pharmacy from the point of care and hereby consent to enroll in the ePrescribe Program. I/we understand that UMMA can request and use your prescription medication history from other healthcare providers and/or third-party pharmacy benefit payers for treatment purposes.

Medical records will be kept in a confidential manner; however, I/we acknowledge that the FHSC may release information regarding treatment to third-party payers such as Medi-Cal or insurance companies for the purpose of billing. I/we also understand that public information such as immunization history or illness or public health hazard and/or any other medical information may be shared with the school nurse or school physician to protect the health of other students or to the public health department to protect the health of the public in accordance with the California Health and Safety Code. I/we understand that UMMA privacy policy is published in the UMMA Notice of Privacy Practices.

**If you have any questions about our Notice of Privacy Practices, please contact:**

**Karla Flores**  
7821 S. Avalon Blvd.  
Los Angeles, CA 90003

I/we understand that only immunization records will be shared between school nurse and FHSWC in order to maintain updated student health records as required by the Los Angeles Unified School District.

I understand that this consent may be revoked, restricted, or revised at any time in writing by me.

Name of Parent/Guardian/Conservator: \_\_\_\_\_ Relationship to Student: \_\_\_\_\_

Address (if different from above): \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Preferred Language of Parent/Guardian/Conservator: English \_\_\_\_\_ Spanish \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian/Conservator

\_\_\_\_\_  
Signature of Student

\_\_\_\_\_  
Date

**EXPIRATION DATE**

This consent form is valid for the duration for this student's enrollment in Fremont High School or other participating schools covered by UMMA Clinic's Fremont Wellness Center.

**INSURANCE INFORMATION**

Does your child have health insurance coverage? \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

If YES, please fill out the following information:

While no charge will be made directly to you for any health services provided on school premises, the Wellness Center is permitted to recover for such services from third party payers. Therefore, we ask that you supply the Medi-Cal and insurance information requested.

MEDI-CAL # (IF APPLICABLE): \_\_\_\_\_ ISSUE DATE: \_\_\_\_\_

OTHER HEALTH INSURANCE: \_\_\_\_\_

HEALTH INSURANCE/MEMBER ID NUMBER: \_\_\_\_\_

NAME OF INSURED: \_\_\_\_\_ RELATION TO STUDENT: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER OF INSURED: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH OF INSURED: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**\*\*\*AT STUDENT'S FIRST VISIT AT THE FHSWC, PLEASE HAVE HIM/HER BRING MOST UPDATED IMMUNIZATION RECORD SO THAT THE HEALTH CENTER CAN MAINTAIN ACCURATE FILES AND ADMINISTER APPROPRIATE**

VACCINES\*\*\*

THANK YOU!

**FOR OFFICE USE ONLY**

Date Received: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Verified Date: \_\_\_\_\_

Verified By: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**UMMA Clínica Para Los Jóvenes Formulario de Consentimiento**

Fremont High School Wellness Center  
7821 S. Avalon Blvd, 90003  
(323) 789-5610



**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_

**GRADO:** \_\_\_\_\_ **ESCUELA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_

He/hemos leído y entendido la información sobre los servicios que se ofrecen en el Centro de Salud de Fremont High School como se describen a continuación. También entiendo/entendemos que se autorizan mediante a mi/nuestras firma(s) en este formulario son servicios y tratamientos sencillos, comunes o habituales, los cuales se limitan a los que se enumeran a continuación:

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y de menor gravedad
2. Exámenes médicos (generales, deportivos, previos a contrataciones laborales)
3. Ayuda cuando se sufre de enfermedades crónicas (persistentes) como el asma
4. Tratamiento para el acné y de otros problemas de la piel
5. Inmunizaciones
6. Examen de la vista y la audición
7. Servicios de salud del comportamiento, que incluyen, pero no se limitan a: asesoramiento individual, familiar y grupal, manejo de casos, tratamiento de abuso de sustancias, educación e información, asesoramiento sobre el dolor, clases de prevención y manejo de enfermedades crónicas y educación / asesoramiento sobre la diabetes
8. Servicios dentales, que incluyen, entre otros: evaluaciones orales, radiografías e imágenes, limpieza dental, aplicación de flúor, extracciones, rellenos para caries y selladores
9. Servicios de laboratorio
10. Programas de dieta y control de peso
11. Diagnóstico de problemas de salud mental
12. Primeros auxilios para lesiones menores
13. Medicinas con receta y sin receta médica, incluyendo medicina psiquiátrica
14. Referencias para servicios de salud (ellos que no se pueden proporcionar en el Centro de Salud de Fremont High School)

Autorizo/Autorizamos que un médico u otra personal profesional de la clínica brindan a mi hijo(a) el tratamiento que sea necesario o aconsejado. Mi hijo(a) tiene mi permiso para que reciba todos los servicios que se ofrecen en el Centro de Salud de Fremont High School. Entiendo que los menores de edad pueden legalmente consentir para ciertos servicios sin el permiso de los padres.

ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE A NINGUN ESTUDIANTE NI A SU FAMILIA SE LES VA A COBRAR EN FORMA DIRECTA POR LOS SERVICIOS QUE SE LES HAYAN BRINDADO. Todas las cuentas por pagar por terceras partes serán enviadas a dichas partes. Se usarán los fondos provenientes de subsidios para apoyar a los servicios que se ofrecen a los estudiantes que no tienen seguro médico ni seguro Medi-Cal.

Entiendo/Entendemos que este consentimiento contiene únicamente aquellos servicios que proporciona esta clínica o la clínica de UMMA Community Clinic que es el resultado de una referencia que se ha hecho por el Centro de Salud de FHS, y que no autoriza a los servicios que se brindan en ninguna otra institución pública o privadas.

Los expedientes médicos serán conservados en forma confidencial; no obstante, reconozco/reconocemos que el Centro de Salud de Fremont High School puede divulgar dicha información a terceras partes, como el seguro Medi-Cal o las compañías de seguros, para que se pague lo que se debe. Entiendo/Entendemos que la información de carácter público, como el historial clínico de inmunizaciones para prevenir enfermedades que pudieran ser un riesgo para la salud pública, y cualquier otra información medica puede ser compartida con la enfermera de la escuela para proteger la salud de los otros estudiantes. Esta información también puede ser compartida con el Departamento de Salud para proteger la salud pública de conformidad con el Código para la Seguridad y la Salud Publica de California.

**Si tiene alguna pregunta sobre nuestro Aviso de prácticas de privacidad, por favor comuníquese con:**

**Karla Flores**  
**7821 S. Avalon Blvd.**  
**Los Angeles, CA 90003**

Entiendo/Entendemos que solo el historial clínico de inmunizaciones será compartido con 1 enfermera de la escuela y el Centro de Salud de FHS para mantener un historial de salud estudiantil al día como es requerido por el Distrito Escolar Unificado de Los Angeles.

Yo entiendo que este consentimiento podrá ser revocado, ser restringido o ser revisado al cualquier momento por mí.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE/MADRE O TUTOR(POR ORDEN JUDICIAL): \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL ANTERIOR): \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

IDIOMA PREFERIDO DEL PADRE/MADRE O TUTOR: INGLES: \_\_\_\_\_ ESPANOL: \_\_\_\_\_ OTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR (POR ORDEN JUDICIAL)      FIRMA DEL ESTUDIANTE      FECHA

**FECHA DE VENCIMIENTO**

Este consentimiento está válido para la duración que esté el estudiante matriculado en Fremont High School o en otras escuelas que participan y están cubiertas por El Centro de Salud de UMMA Community Clinic.

**INFORMACIÓN DE ASEGURANZA**

¿SU HIJO(A) TIENE SEGURO MÉDICO? \_\_\_\_\_ SI      \_\_\_\_\_ NO

SI TIENE, POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN QUE SIGUE:

Aunque no se le cobrará directamente a usted por los servicios de salud brindados en las instalaciones de la escuela, el Centro de Bienestar puede recuperar dichos servicios de terceros pagadores. Por lo tanto, le pedimos que proporcione la información de Medi-Cal y del seguro solicitada.

MEDI-CAL# (SI TIENE): \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD: \_\_\_\_\_

NÚMERO SEGURO DE SALUD/IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA CUBIERTA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN AL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA CUBIERTA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE LAS PERSONA CUBIERTA: \_\_\_\_\_

\*\*\*EN LA PRIMERA VISITA DEL ESTUDIANTE EN EL CENTRO DE SALUD DE FHS, POR FAVOR ASEGURE QUE EL/ELLA TRAIGA **SU HISTORIAL DE INMUNIZACIONES** PARA QUE EL CENTRO DE SALUD PUEDA MANTENER EXPEDIENTES EXACTOS Y ADMINISTRAR LAS VACUNAS APROPIADAS\*\*\*

¡GRACIAS!

<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>	
Date Received:	_____
Received by:	_____ Title: _____
Verified Date:	_____
Verified By:	_____ Title: _____

