



CONSENT FOR MEDICAL TREATMENT OF MINOR

Name of Minor \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

COMPLETE SECTION A OR B

SECTION A CONSENT BY PARENT/MANAGING CONSERVATOR/GUARDIAN OR OTHER ADULT

Printed Name of Parent(s) if known \_\_\_\_\_

Printed Name of Managing Conservator/Guardian (if applicable) \_\_\_\_\_

I am the (check one) \_\_\_ parent \_\_\_ managing conservator \_\_\_ guardian of the above named minor

Complete this section ONLY IF THE PARENT/MANAGING CONSERVATOR/GUARDIAN CANNOT BE CONTACTED. The person having the right to consent to medical treatment for the above minor (parent/managing Conservator/guardian) cannot be contacted and has not given notice to the contrary. As per Texas Family Code Chapter 32.001, I may consent for medical treatment of the above named minor. I am the (check one): \_\_\_ grand parent \_\_\_ adult brother/sister \_\_\_ adult aunt/uncle \_\_\_ educational institution with authorization to consent from a person having the right to consent \_\_\_ adult with care/control/possession with written authorization to consent from the person having the right to consent \_\_\_ adult responsible for minor under juvenile court order \_\_\_ Texas Youth Commission staff

I give permission for CCHC to provide confidential medical treatment, including contraceptive services, to the minor above. This consent begins on the date below and remains in effect unless revoked in writing.

I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct.

Printed Name of Person Giving Consent \_\_\_\_\_ Signature of Person Giving Consent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Identification verified by staff \_\_\_ Yes \_\_\_ No Staff Initials \_\_\_\_\_

SECTION B CONSENT BY MINOR CLIENT

\_\_\_ I am an emancipated minor.

\_\_\_ I am 16 years or older, living separate and apart from my parents/managing conservator/guardian, and manage my own financial affairs.

I declare under penalty of perjury that the above information is true and correct.

Signature of Minor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Identification verified by staff \_\_\_ Yes \_\_\_ No Staff Initials \_\_\_\_\_

CONFIDENTIALITY STATEMENT

All information included in this interview and record is confidential and will be protected under the HIPAA Privacy Rule. We are informing you that we may use and disclose your protected health information to carry out Treatment, Payment, or Health Care Operations.

I understand that for a more complete description of such uses and disclosures I have the right to review the Notice of Client Privacy Rights prior to signing the consent.

I understand that I have the right to request in writing restrictions how my protected health information is used or disclosed to carry out treatment, payment, or health care operations.

I understand the center has the right to review and deny this request.

I understand that I may revoke this consent in writing, except to the extent that CommuniCare Health Centers has taken action in reliance thereon.

\_\_\_\_\_ Initials

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE MENOR DE EDAD**

Nombre del menor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

**COMPLETA SECCIÓN A o B**

**SECCIÓN A CONSENTIMIENTO POR PADRES/CONSERVADOR/GUARDIÁN U OTROS ADULTOS**

Nombre de padre(s) si se conocen \_\_\_\_\_

Nombre de administración conservador/guardián (si procede) \_\_\_\_\_

**Soy el (Marque uno) \_\_\_ padre/madre \_\_\_ conservador \_\_\_ guardián del menor**

**COMPLETA ESTA SECCIÓN SÓLO SI EL PADRE/CONSERVADOR/GUARDIAN NO PUEDEN SER CONTACTADO.** La persona que tenga el derecho a dar su consentimiento al tratamiento médico para el menor anterior (padre, conservador o tutor) no se puede contactar y no ha dado aviso al contrario. Como por Texas 32.001 el capítulo de Código de Familia, puedo consentir para tratamiento médico del anterior denominado menor.

**Yo soy (Marque uno):**

- \_\_\_ Abuelo/a, \_\_\_ Hermano/hermana adulto, \_\_\_ Adultos tía/tío
- \_\_\_ Institución educativa con autorización para dar su consentimiento de una persona que tenga derecho a dar su consentimiento
- \_\_\_ Adultos con cuidado, control/posesión con autorización por escrito para el consentimiento de la persona que tenga derecho a dar su consentimiento
- \_\_\_ Adulto responsable del menor por orden del Tribunal de menores
- \_\_\_ Personal de la Comisión de la juventud de Texas

Doy permiso para que CCHC proporcione tratamiento médico confidencial, incluidos los servicios anticonceptivos, al menor anterior. Este consentimiento comienza en la fecha que aparece a continuación y permanece en efecto a menos que revocado por escrito.

**Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de persona dando consentimiento

\_\_\_\_\_  
Firma de persona dando consentimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de consentimiento

Verificados por personal \_\_\_ Si \_\_\_ No    Iniciales del personal \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B**

**CONSENTIMIENTO DEL MENOR**

\_\_\_ Soy un menor emancipado.

\_\_\_ Tengo 16 años o más, vivo separado y aparte de mis padres, conservador o tutor y administro mis propio asuntos financieros.

**Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
Firma del menor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Verificada por personal \_\_\_ Yes \_\_\_ No \_\_\_ Iniciales de personal \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información incluida en esta entrevista y registro es confidencial y estarán protegidos en virtud de la regla de privacidad HIPAA. Estamos informándole que podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud.

**Entiendo** que tengo el derecho a revisar el aviso de derechos de privacidad de cliente para obtener una descripción más completa de estos usos y revelaciones previo a su firma el consentimiento.

**Entiendo** que tengo el derecho a solicitar restricciones de escritura cómo mi información de salud protegida se utiliza o divulga para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud.

**Tengo entendido** que el centro tiene el derecho a revisar y rechazar esta solicitud.

**Entiendo** que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida centros de salud de CommuniCare ha adoptado medidas en dependencia al respecto.

\_\_\_\_\_  
Iniciales