

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS SHARPSTOWN CLINIC HOUSTON, TEXAS
INFORMED CONSENT FOR TREATMENT AND OTHER PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES
PLEASE READ CAREFULLY AND FILL OUT THE CONSENT FORM BELOW FOR YOUR STUDENT TO BE TREATED AT THE HEALTH CENTER

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) or "Health Center" is concerned with the health of students at contracted schools. We provide a number of health care services, subject to the limitations of the facility.

THE FOLLOWING HEALTH CARE SERVICES ARE AVAILABLE AT THE SHARPSTOWN SCHOOL-BASED HEALTH CENTER.

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| 1. Immunizations | 5. Nutrition Education | 9. Mental Health counseling |
| 2. Well Exams / Check-ups | 6. Family Planning Services | 10. Exercise education and counseling |
| 3. Athletic and Camp Physicals | 7. Social Service Assistance | 11. Detection and treatment of sexually transmitted diseases (STD) |
| 4. Health Education | 8. Treatment of minor illness and injury | |

Please indicate which of the following apply to the student:

- Medicaid # _____ Medicaid Plan _____ Harris Health/Gold Card
 CHIP Private Health Insurance No Insurance

IMPORTANT – PLEASE NOTE: The Health Center is a Medicaid Provider and will bill Medicaid for services to those students who have Medicaid coverage. **Non covered services will NOT be billed to the student or family.**

I authorize MHHCS to bill Medicaid or my Medicaid plan and receive payment directly from them for services rendered. I also authorize MHHCS to release information as required to Medicaid or my Medicaid plan, for the purpose of determining benefits. I understand that such records may include information regarding HIV/AIDS testing, substance abuse, and/or mental health issues. A photocopy or a telefaxed copy of this authorization shall be deemed as valid as the original.

I authorize the Health Center staff to disclose to the school nurse, medical or athletic team appropriate health information about my child as deemed necessary, solely for treatment purposes, and for the continuity of my child's care. I further authorize school personnel to disclose grades, absenteeism, and disciplinary data for my child, if seen by the Licensed Clinical Social Worker or Licensed Professional Counselor.

XX _____
Parent / Guardian Signature **Print Name** **Relationship to Student** **Date**

PLEASE NOTE:

Primary health care services are provided to students by a full time Advanced Practice Provider. In addition, counseling services are provided by a Licensed Clinical Social Worker (LCSW) or Licensed Professional Counselor (LPC). Services provided at the Health Center are optional and at no cost to the student or family.

I authorize a designated MHHCS professional healthcare provider to provide necessary and/or advisable treatment for the student.

Student Name _____ Date of Birth _____

I give my permission for MHHCS to provide all services indicated above within the capabilities of the facility and its personnel except for

item(s) _____

I authorize the above named facility to provide transportation and/or accompany my child from the contracted schools to the Health Center for services after receiving permission from the school nurse.

I have read and completed this consent form. I understand that school personnel may see this informed consent. I understand that any questions I may have concerning the Health Center will be answered by calling (832) 658-5260.

XX _____
Parent / Guardian Signature **Print Name** **Relationship to Student** **Date**

Phone number where parent/guardian can be reached during school hours:

Name: _____ Phone Number: _____ Best time to call: _____

Email: _____

Second Parent/Guardian Signature (optional): _____ Phone Number: _____ Best time to call: _____



Informed Consent



MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS SHARPSTOWN CLINIC HOUSTON, TEXAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD PREVENTIVA
LEA DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU ESTUDIANTE SEA TRATADO
EN EL CENTRO DE SALUD

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) o "Centro de salud" se interesa por la salud de los estudiantes en las escuelas con las cuáles tenemos un contrato. Brindamos un número de servicios de atención de la salud, sujetos a las limitaciones del establecimiento.

LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD ESTÁN DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD SHARPSTOWN DENTRO DE LAS ESCUELAS

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Inmunizaciones | 5. Educación sobre la nutrición | 9. Consejería de salud mental |
| 2. Exámenes de rutina / Chequeos médicos | 6. Servicios de planificación familiar | 10. Consejería y educación sobre el ejercicio |
| 3. Exámenes físicos para campamento y deporte | 7. Asistencia de servicio social | 11. Detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés) |
| 4. Educación sobre la salud | 8. Tratamiento de enfermedades o lesiones leves | |

Indique cuál de los siguientes se aplica al estudiante:

- N.º de Medicaid _____ Plan de Medicaid _____ Harris Health/Gold Card
 CHIP Seguro de salud privado Sin seguro

IMPORTANTE – TENGA EN CUENTA QUE: El Centro de salud es un proveedor de Medicaid y facturará a Medicaid por los servicios a aquellos estudiantes que tienen cobertura Medicaid. **Los servicios que no estén cubiertos, NO se cobrarán al estudiante o a la familia.**

Yo autorizo a MHHCS para que cobren a Medicaid o a mi plan de Medicaid y reciban directamente el pago de ellos por los servicios prestados. También autorizo a MHHCS para que divulgue información según sea requerida por Medicaid o por mi plan de Medicaid con el propósito de determinar los beneficios. Comprendo que dichos registros pueden incluir información con respecto a pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Una fotocopia o una copia enviada por fax de esta autorización deberá considerarse tan válida como el documento original.

Yo autorizo al personal del Centro de salud a divulgar a la enfermera, al equipo médico o al equipo deportivo de la escuela la información de salud adecuada sobre mi hijo/a según se considere necesario, únicamente para los propósitos del tratamiento y para la continuidad de la atención médica de mi hijo/a. Autorizo también a que el personal de la escuela divulgue las calificaciones, inasistencias e información de disciplina de mi hijo/a si él/ella es visitado(a) por el trabajador social con licencia de la clínica o el consejero profesional licenciado.

XX _____

Firma del padre/tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el estudiante	Fecha
------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------

TENGA EN CUENTA:

Un proveedor de prácticas avanzadas brinda servicios de atención primaria a tiempo completo a los estudiantes. Adicionalmente, los servicios de asesoramiento son proporcionados por un trabajador social con licencia de la clínica (LCSW, por sus siglas en inglés) o un consejero profesional licenciado (LPC, por sus siglas en inglés). Los servicios brindados en el Centro de salud son opcionales y sin costo alguno para el estudiante o la familia.

Yo autorizo a un proveedor de atención de la salud profesional designado de MHHCS a brindar el tratamiento recomendado y/o necesario para el estudiante.

Nombre del estudiante _____	Fecha de nacimiento _____
-----------------------------	---------------------------

Yo doy mi consentimiento a MHHCS para brindar todos los servicios indicados anteriormente dentro de las posibilidades del establecimiento y su personal con excepción de lo(s) siguiente(s) _____.

Yo autorizo al establecimiento mencionado anteriormente a brindar el transporte y/o acompañar a mi hijo/a desde las escuelas con contrato hasta el Centro de salud para obtener los servicios después de recibir el consentimiento de la enfermera de la escuela.

He leído y completado este formulario de consentimiento. Entiendo que el personal de la escuela puede ver este consentimiento informado. Entiendo que cualquier pregunta que pueda tener en relación al Centro de salud será respondida llamando al (832) 658-5260.

XX _____

Firma del padre, la madre o el tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el estudiante	Fecha
---	------------------------------------	-----------------------------------	--------------

Número de teléfono para comunicarse con el padre, la madre o el tutor durante el horario escolar:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ La mejor hora para recibir llamadas: _____

Correo electrónico: _____

Firma del segundo progenitor o tutor(opcional): _____	Número de teléfono: _____	La mejor hora para recibir llamadas: _____
---	---------------------------	--



Informed Consent

