



School Based Health Center Consent Counseling Services

Student's name: _____ Date of birth: _____
School: _____ Grade: _____

Services provided:

- Individual, group, family and community education
- Substance use referrals
- Mental health and psychosocial assessment counseling and referrals
- Telehealth Services/Virtual visits

If you want your child to receive counseling services, please check the "consent box", sign and date the bottom of this page and return this form to your child's school.

Counseling Services

I consent for my child to receive counseling services and/or psychiatric care (Examples: one-on-one counseling, community resource referrals and outreach and coordination of outside resources and/or services, assessments and medication reviews).

Does your child have health insurance? Y N

Health insurance (choose one):

- Medicaid #: _____
- Insured: _____
Name of insured parent, insurance name and policy #
- Other: _____

Parent/Guardian Information

Mother/Guardian: _____ DOB: _____ Home/work phone: _____
 Father/Guardian: _____ DOB: _____ Home/work phone: _____
 Parent/Guardian address: _____
 Email address: _____
 Emergency contact: _____ Relationship: _____ Phone #: _____
 Household annual income \$: _____ # of people in household: _____
 What language is most often spoken at your home? _____
 Is there any other important health information we should know? _____

Additional Information

Please check the box that best describes your child's race:

- American Indian/Alaskan Native
- Asian
- Black/African American
- More Than One Group
- Native Hawaiian
- Other Pacific Islander
- White
- Decline to specify
- Unknown

Please check the box that best describes your ethnicity:

- Latino or Hispanic
- Not Latino or Hispanic
- Decline to specify

Please check any box that describes your child's current housing situation:

- Doubling Up (living with extended family, friends, or acquaintances)
- Shelter
- Not Homeless (legally occupied, single family, owned or rented)
- Other
- Street (on the street, in cars, abandoned buildings, under bridge)
- Unknown/Unreported
- Transitional (treatment program, hospital, jail, motel)

Please circle Y or N based on you or your family's primary source of income:

- In the last 24 months have you worked on a farm/orchard planting or harvesting crops? Y N
- If you answered no, you may skip the next 3 questions.**
- In order to work in agriculture, have you moved during the past 2 years? Y N
 - Due to the seasonal nature of your work in agriculture, have you had to change jobs, reduce the number of hours you work, or been temporarily laid off during the past 2 years? Y N
 - Have you or family you live with stopped working in agriculture due to disability or old age? Y N

By signing this consent, I confirm I am the parent/legal guardian of the above listed student and am authorized to give this consent. This consent will be in effect for one year from this date.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

In order for health center staff members to provide services, I authorize the school to release school records on a "need to know basis" to the School Based Health Center staff members, and also for the School Based Health Center staff members to release medical records to the school and my health care provider as needed to assist in the treatment and/or continuity of care for my child. These records may include the following; immunization records, class schedules, parental contact, address, phone number, medical and behavioral health conditions, health screenings, medications, health care plans, or attendance information. The medical and mental health providers from the School Based Health Center may participate in student success or attendance teams if needed. I also authorize other health care providers for the student listed above to release information to the School Based Health Center staff members as needed. This information may include the following; medical records including lab results, office visits, hospital admissions, vaccinations and BMI (Body Mass Index) information entered into MCIR (Michigan Care Improvement Registry), dental and mental health records. I hereby authorize the School Based Health Center to provide the services as indicated above. I understand that my insurance company, if I have coverage, will be billed for services rendered. All students are served regardless of the ability to pay. I hereby authorize the School Based Health Center staff members to release any medical records required by the insurer to obtain payment. Following Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) rules, School Based Health Center staff members will use and share my Personal Health Information (PHI) for: 1) treatment of my child's health condition and maintaining the continuity of my child's care, 2) payment for health services provided to my child, and 3) routine health care operations including quality improvement, accreditation, educational purposes, or other disclosures as required by law. I understand that The Notice of Privacy Practices document is available to me at the location(s) my child receives his/her health care services and on the Cherry Health website.



Formulario de Consentimiento del Centro de Salud Escolar Servicios de Asesoramiento

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escolar: _____ Grado: _____

Servicios provistos:

- Educación individual, grupal, familiar y comunitaria
- Evaluación de la salud mental y psicosocial, consejería y referencias
- Referencias para servicios el uso de sustancias
- Servicios de Telesalud / Visitas virtuales

Si desea que su hijo reciba servicios de asesoramiento, por favor marque la casilla "consentimiento" a lado de cada servicio, firme y feche la parte inferior de esta página y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Servicios de Asesoramiento

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de asesoramiento y/o atención psiquiátrica (Ejemplos: asesoramiento individual, referencias a recursos comunitarios y coordinación de recursos y/o servicios externos, evaluaciones y revisiones de medicamentos).

¿Tiene su hijo seguro de salud? **S** **N**

Seguro de salud (elijá uno):

Medicaid #: _____

Asegurado: _____
Nombre de madre/padre asegurado, nombre de compañía de seguro y número de póliza

Otro: _____

Información del Padre/Madre/Tutor

Madre/tutor: _____ F. de nac.: _____ Teléfono particular/laboral: _____

Padre/tutor: _____ F. de nac.: _____ Teléfono particular/laboral: _____

Dirección del padre, de la madre o del tutor: _____

Correo electrónico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Ingreso anual del hogar \$: _____ Número de personas en su hogar: _____

¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar? _____

¿Hay alguna otra información importante sobre la salud que debamos saber? _____

Información Adicional

Marque la casilla junto a una sola de las siguientes opciones, la que mejor describa su raza:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Más de un grupo | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo | <input type="checkbox"/> No sabe |

Marque la casilla junto a una de las siguientes opciones, la que mejor describa su origen étnico:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Latino o hispano | <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino | <input type="checkbox"/> Me niego a especificarlo |
|---|---|---|

Marque cualquiera de las casillas que describa su situación de vivienda actual:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Compartiendo vivienda (con parientes no directos, amigos o conocidos) | <input type="checkbox"/> Refugio |
| <input type="checkbox"/> No en situación de calle (vivienda ocupada legalmente, familia única, propia o de alquiler) | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Calle (en la calle, en coches, edificios abandonados, debajo de un puente) | <input type="checkbox"/> Desconocido/no reportado |
| <input type="checkbox"/> Transitorio (programa de tratamiento, hospital, prisión, motel) | |

Encierre en un círculo S o N según su fuente primaria de ingresos o la de su familia:

1. ¿En los últimos 24 meses ha trabajado en una granja o huerta plantando o recolectando cosechas? S N

Si respondió que no, puede saltarse las próximas 3 preguntas.

1. ¿Se ha mudado durante los dos últimos años con el fin de trabajar en agricultura? S N
2. ¿Debido a la naturaleza zafra de su trabajo en agricultura, ha tenido que cambiar de trabajo, reducir el número de horas que trabaja o ha estado temporalmente desempleado durante los dos últimos años? S N
3. ¿Usted o la familia con quien vive han dejado de trabajar en agricultura debido a alguna discapacidad o edad avanzada? S N

Al firmar este consentimiento, confirmo que soy el padre, la madre o el tutor legal del alumno indicado anteriormente y que estoy autorizado a dar este consentimiento. Este consentimiento se mantendrá vigente durante un año a partir de esta fecha.

Firma del Padre, de la Madre o del Tutor

Fecha

Para que los miembros del personal del centro de salud proporcionen servicios, yo autorizo a la escuela a divulgar, basándose en la "necesidad de conocer", los registros escolares a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela, y también autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar los registros médicos a la escuela y a mi proveedor de atención médica según sea necesario para ayudar en el tratamiento y/o para continuar atendiendo a mi hijo. Estos registros podrían incluir lo siguiente: registros de vacunación, horarios de clase, contacto con los padres, dirección, número de teléfono, afecciones médicas y de salud mental, evaluaciones de salud, medicamentos, planes de atención a la salud o información de asistencia. Los proveedores médicos y de salud mental del Centro de salud con base en la escuela pueden participar en los equipos de éxito o asistencia del alumno si fuera necesario. También autorizo a otros proveedores de atención médica del alumno indicado arriba a divulgar información a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela según sea necesario. Esta información podría incluir lo siguiente: registros médicos, incluidos resultados de análisis de laboratorio, visitas al consultorio, admisiones en el hospital, vacunaciones e información sobre el IMC (índice de masa corporal) ingresada en el MCIR (sigla en inglés de Registro de Mejora de la Atención de Michigan), registros dentales y de salud mental. Por este medio autorizo a que el Centro de salud con base en la escuela proporcione los servicios según se indicó anteriormente. Entiendo que, si tengo cobertura, se le facturará a mi compañía de seguro por los servicios proporcionados. Todos los alumnos son atendidos sin importar su capacidad de pago. Por este medio autorizo a los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela a divulgar cualquier registro médico requerido por el asegurador, para obtener el pago. En cumplimiento de las reglas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA), los miembros del personal del Centro de Salud con base en la Escuela usarán y compartirán mi información de salud personal (PHI) para: 1) tratar la afección de salud de mi hijo y mantener la continuidad de la atención de mi hijo, 2) pagar por los servicios de salud proporcionados a mi hijo, y 3) operaciones de atención a la salud de rutina incluido para fines de mejora de la calidad, acreditación y educación, u otras divulgaciones según lo exija la ley. Entiendo que el documento de Notificación de Prácticas de Privacidad está a mi disposición en el o los centros donde mi hijo recibe sus servicios de atención de salud y en el sitio web de Cherry Health.