



Consentimiento para una Visita de Tratamiento de un Adolescente Visita de Atención/Salud Confidencial

Soy menor de 18 años y necesito una visita privada con un proveedor médico, enfermera/o consejera/o. Entiendo que estas visitas son privadas. Mis padres o tutores no recibirán información sobre mi visita sin mi conocimiento.

Entiendo que puedo tener una visita privada por cualquiera de las siguientes razones/motivos:

- 1) Infecciones transmitidas sexualmente
- 2) Anticonceptivo (prevención de embarazo)
- 3) VIH o SIDA
- 4) Abuso de drogas/alcohol
- 5) Agresión sexual
- 6) Salud Mental
- 7) Embarazo

Entiendo que esta es una visita confidencial y puedo solicitar esta visita por mi cuenta.

Valley-Wide puede contactarme o comunicarse conmigo al llamar _____ (este es mi número de teléfono celular).

Si no contesto mi teléfono, Valley-Wide también puede llamar al _____ (este número le pertenece a: _____) y ellos podrán entregarme un mensaje).

Mi Nombre en Letra de Molde

Mi Fecha de Nacimiento

Mi Firma

Fecha de Hoy

Definiciones útiles de los términos de este formulario:

- Confidencial – “se intenta mantener en secreto”
- Privado – “le pertenece a o solamente para el uso de una persona o un grupo de personas en particular”
- Entender – “percibir el significado deseado”
- Consentimiento – “permiso para que algo suceda/pase”
- Anticonceptivo – “el uso deliberado de métodos artificiales u otras técnicas para evitar el embarazo”