



Parent/Guardian Consent for Medical and Mental Health Services

I give my consent for _____ (minor's name) to receive medical care, immunizations, counseling, mental health services, reproductive health services, health education, and/or referral services at Venice Family Clinic. I have completed the registration and health forms including insurance information and income sections.

I understand that some services are confidential and Venice Family Clinic may be prohibited by law from releasing some information to parents or guardians.

I further authorize Venice Family Clinic to release medical/social information to persons or agencies directly concerned with public health or community welfare, private individuals professionally engaged in carrying out a treatment plan for the patient, for obtaining pharmaceuticals, and billing purposes. I understand that this consent form remains in effect until revoked in writing.

- ☐ As parent/guardian, I give consent to all services available through Venice Family Clinic. *Please be aware that minors, by law can self-consent for certain services.*
- ☐ As parent/guardian, I give consent to all services available through Venice Family Clinic except for these services I list here (please list any services you do not want the patient to receive):

Name of Parent/Guardian (<i>print</i>)	Relationship to Patient
--	-------------------------

Signature of Parent/Guardian	Date
------------------------------	------

Address of Parent/Guardian	Phone Number
----------------------------	--------------

Padre/Guardián Consentimiento para Servicios Médicos y de Salud Mental

Yo doy mi autorización para que _____ (nombre del menor) reciba los siguientes servicios: médicos, vacunas, servicios de salud mental, terapia, servicios de salud reproductiva, educación para la salud, y/o servicios de referencia a Venice Family Clinic. He completado todos los formularios de matrícula y de salud, incluso las secciones referentes a mi ingreso y seguro médico.

Entiendo y reconozco que algunos servicios ofrecidos son confidenciales y que es posible que tal vez se le prohíba legalmente a Venice Family Clinic dar este tipo de información a los padres o guardianes.

Doy mi autorización para que Venice Family Clinic provea información médica o social a personas o agencias que directamente estén involucradas con el bienestar social de la comunidad y el público, a individuos privados que profesionalmente se dedican a implementar los planes de tratamiento de los pacientes, y para propósitos de obtener farmacéuticos y también de procesar las facturas. Entiendo que esta autorización es válida hasta que yo escriba una carta en la cual se cancele dicha autorización.

- ☐ Como padre/guardián, doy mi autorización para todos los servicios disponibles en Venice Family Clinic. *Favor de entender que, por la ley, los menores de edad pueden auto-autorizarse para ciertos servicios.*
- ☐ Como padre/guardián, doy mi autorización para todos los servicios disponibles en Venice Family Clinic excepto por estos servicios que enumero aquí (enumere los servicios que no desee que el paciente reciba):

Nombre del Padre/Guardián (con letra de molde)

Relación con el Paciente

Firma de Padre/Guardian

Fecha

Dirección del Padre/Guardián

Número de teléfono