



Parent / Guardian Medical / Dental Consent Form

Parents/guardians must provide consent for their minor children for services at the Health Center. Minors without a consent form signed by a parent/guardian on file will not be seen. The only other exceptions, according to New York law are: emergencies threatening life or limb; substance abuse services; family planning counseling services; HIV counseling and testing; sexually transmitted infection treatment; and outpatient mental health services. Additionally, under New York law, the following categories of minors may also legally consent to all, or much, of their own health care: Pregnant teens, Minors who are parents, Married minors, Minors serving in the armed forces, Emancipated minors, and Incarcerated minors.

Consent for Medical Services Health Center medical services include: mental health services (individual, family and group counseling); and medical services, including: primary care; treatment for illness and injuries; physical exams for school, sports, and camp; basic laboratory services and tests; referral for specialty health services; chronic disease management; sexually transmitted disease testing and prevention; HIV counseling and testing; immunizations; medication administration; vision/hearing screenings; dental care; and Medicaid Outreach and enrollment.

Consent for Dental Services Health Center dental services include: x-rays, oral prophylaxes (cleanings), fluoride treatments, sealants, restorations (amalgam or composite fillings and crowns), periodontal (gum) treatments, and the use of local anesthetics. I understand that the use of local anesthetics carries a small risk for swelling, bruising, allergic reaction, changes in pain perception, or prolonged anesthesia.

Note: For all complex procedures including, but not limited to, initial comprehensive exams, oral surgery and root canal therapy procedures, the child must be accompanied by a parent or legal guardian or assigned caregiver (see Section B).

Minor Patient's Name _____ DOB _____

Medications _____

Allergies _____

Pertinent Medical History

I have reviewed and understand the services offered by the Health Center and hereby give consent for my child to receive medical and/or dental treatment deemed necessary by the medical and/or dental clinicians at Sun River Health.

Parent/Guardian Printed Name Date Parent/Guardian Signature Phone #

Section A (ONLY for a child at least 16, but not 18 years old, and ONLY for Medical Services)

Authorization to treat your minor child in case you or your designated representative is unable to accompany your child to one of his/her visits: I, _____ (print your name & initial) grant Sun River Health's clinicians' permission to assess and treat the aforementioned minor without an adult present, this may include administered vaccines, which could have potential side effects. This does not include treatments where a parent/guardian is required to accompany the minor as noted above. I also agree to be financially responsible for payment of all charges in connection with the care and treatment rendered.

Section B

This section needs to be completed for children under the age of 18 by a parent or legal guardian:

I affirm that I am the parent or legal guardian for the above-named minor child. If I am unable to accompany my child, I give permission for the individuals named below to escort my child for dental and/or medical treatments:

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

NAME: _____ RELATIONSHIP: _____ PHONE: _____

(SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN): _____

This consent shall be considered in effect until rescinded or revoked.

Note: Picture ID is required for the responsible person bringing the minor, a copy of the ID will be placed in the minor's chart.



Formulario de consentimiento médico/dental del padre, madre o tutor

Los padres o tutores deben dar su consentimiento para que sus hijos menores de edad reciban servicios en el Centro de Salud. Los menores sin un formulario de consentimiento firmado por un padre o un tutor en su expediente no serán atendidos. Las únicas otras excepciones, de acuerdo con la ley de Nueva York, son: emergencias que amenazan la vida o una extremidad; servicios de abuso de sustancias; servicios de asesoramiento sobre planificación familiar; asesoramiento y pruebas del VIH; tratamiento de infecciones de transmisión sexual; y servicios ambulatorios de salud mental. Además, según la ley de Nueva York, las siguientes categorías de menores también pueden consentir legalmente en todo o en gran parte de su propia atención médica: Adolescentes embarazadas, Menores que sean padres, Menores casados, Menores que sirvan en las fuerzas armadas, Menores emancipados y Menores encarcelados.

Consentimiento para servicios médicos Los servicios médicos del centro de salud incluyen: servicios de salud mental (consejería individual, familiar y grupal); y servicios médicos como: atención primaria; tratamiento de enfermedades y lesiones; exámenes físicos para la escuela, los deportes y el campamento; servicios básicos de laboratorio y pruebas; remisiones para servicios de salud especializados; manejo de enfermedades crónicas; pruebas y prevención de enfermedades de transmisión sexual; asesoramiento y pruebas del VIH; inmunizaciones; administración de medicamentos; exámenes de la vista/audición; cuidado dental; y Alcance a la comunidad e inscripción en Medicaid.

Consentimiento para servicios dentales Los servicios dentales del Centro de Salud incluyen: radiografías, profilaxis orales (limpiezas), tratamientos con flúor, selladores, restauraciones (empastes y coronas de amalgama o compuestos), tratamientos periodontales (encías) y el uso de anestésicos locales. Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva un pequeño riesgo de hinchazón, hematomas, reacciones alérgicas, cambios en la percepción del dolor o anestesia prolongada.

Nota: Para todos los procedimientos complejos, incluidos, entre otros, los exámenes completos iniciales, la cirugía oral y los procedimientos de terapia de conducto radicular, el niño debe estar acompañado por un padre, tutor legal o cuidador asignado (consulte la Sección B).

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____

Medicamentos _____

Alergias _____

Historial médico pertinente

He revisado y entiendo los servicios ofrecidos por el Centro de Salud y por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba tratamiento médico y/o dental considerado necesario por los médicos y/o clínicos dentales de Sun River Health.

Nombre del padre/tutor en letra de molde _____ Fecha _____ Firma del padre/tutor _____ Número de teléfono _____

Sección A (SÓLO para niños(as) de entre 16 y 18 años y SÓLO para Servicios Médicos)

Autorización para tratar a su hijo menor en caso de que usted o su representante designado no puedan acompañar a su hijo a una de sus citas médicas: Yo, _____ (escriba su nombre e iniciales en letra de imprenta) doy mi autorización a los médicos de Sun River Health para evaluar y tratar al menor antes mencionado sin la presencia de un adulto, esto puede incluir vacunas administradas, que podrían tener efectos secundarios potenciales. Esto no incluye tratamientos en los que se requiere que un padre/tutor acompañe al menor como se indicó anteriormente. También acepto ser financieramente responsable del pago de todos los cargos relacionados con la atención y el tratamiento prestados.

Sección B Esta sección debe ser completada a nombre de menores de 18 años por un padre o tutor legal:

Afirmo que soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Si no puedo acompañar a mi hijo, autorizo a las personas nombradas a continuación a acompañar a mi hijo para tratamientos dentales y/o médicos:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

(FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL): _____

Este consentimiento se considerará vigente hasta que sea rescindido o revocado..

Nota: Se requiere una identificación con foto para la persona responsable que trae al menor, se colocará una copia de la identificación en el expediente del menor.