# Inscripción y consentimiento para la clínica de salud

*Clinic Registration and Consent - Spanish*

## Información del estudiante

***Apellido(s):** _____ ***Nombre(s):** _____

**Nombre que prefiere:** _____ ***Número de identificación estudiantil:** _____

***Fecha de nacimiento:** _____ **Número de Seguro Social:** _____

***Género al nacer:** ❑ Femenino ❑ Masculino ❑ Intersexual ***Identidad de género:** ❑ Femenino ❑ Masculino ❑ Género no-binario

***Pronombre:** ❑ Ella ❑ él ❑ Ellos/elles ❑ Otro:_____

***Dirección:** _____ ***Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

***Idioma(s) que se habla(n) en el hogar:** _____

***Raza(s):** ❑ Indígena-estadounidense ❑ Asiático ❑ Negro o afrodescendiente ❑ Blanco ❑ Multirracial

***Etnia:** ❑ Hispano/latino ❑ Hmong ❑ No es hispano/latino ❑ Somalí ❑ Otra etnia africana ❑ Otro: _____

***Número de teléfono del estudiante:** _____ ❑ Celular ❑ Otro ***¿Está bien enviar un mensaje de texto?** ❑ Sí ❑ No

**Correo electrónico del estudiante:** _____

***Escuela:** ❑ Camden ❑ Edison ❑ FAIR ❑ Longfellow ❑ Roosevelt
❑ South ❑ Southwest ❑ Washburn ❑ Wellstone ❑ Otra: _____

**Clínica a la que va actualmente:** _____ **Doctor que le atiende actualmente:** _____

## Información del padre/madre/tutor

**Nombre(s):** _____ **Teléfono:** _____ ❑ Celular ❑ Casa ❑ Trabajo
❑ Padre o madre ❑ Tutor ❑ Otra_____ **Correo electrónico:** _____

## Seguro médico

Los servicios se proporcionan a bajo costo o sin costo alguno para las familias, sin importar si el estudiante tiene o no tiene seguro médico. El pago de las facturas se les envían a las aseguradoras médicas cuando es posible para cubrir los gastos de atención. Le enviamos la factura del pago de la porción del gasto (copay) por servicios de atención a la salud mental, si el estudiante tiene seguro médico privado.

*Por favor escoja una*

❑ **No sé la información del seguro médico** ❑ **Sin seguro médico** ❑ **Me gustaría recibir ayuda para solicitar seguro de salud asequible.**

**Medical Assistance/Public Health Insurance (Ayuda para el pago de facturas médicas/subsidio para el seguro de salud)**

❑ Del estado de Minnesota ❑ Blue Cross ❑ UCare ❑ MHP ❑ Health Partners

*Número de póliza:_____

**Seguro médico privado**

❑ BlueCross/BlueShield ❑ Health Partners ❑ Medica ❑ Portico ❑ Preferred One ❑ UCare

❑ Otro: _____

*Group Number (Número de grupo): _____ Policy Number (Número de póliza): _____

*Policy Holder name (Nombre de la persona que tiene la póliza de seguro médico): _____

*Fecha de nacimiento de quien tiene la póliza del seguro médico: _____

Número de seguro social de la persona que tiene la póliza de seguro:_____

***La firma es obligatoria al reverso ↘***

# Inscripción y consentimiento para la clínica de salud

*Clinic Registration and Consent - Spanish*

**Es necesario darle a la clínica el consentimiento una vez durante el transcurso de sus estudios del estudiante en high school.** Si usted ya dio su consentimiento, no necesita completar esta porción del formulario otra vez.

## ¿Qué pasa si no se le da el consentimiento a la clínica?

Los estudiantes menores de 18 años de edad no pueden recibir servicios de tratamiento para su salud sin el consentimiento de uno de los padres o del tutor. Este formulario debe completarlo y entregarlo en el Programa Minneapolis School Based Clinics para que se le proporcionen servicios al estudiante. Sin embargo, las leyes de Minnesota permiten que un menor de edad busque tratamiento médico sin el consentimiento de los padres o del tutor, bajo ciertas circunstancias. Esto incluye servicios de atención de emergencia a la salud mental, prueba de embarazo, consejería terapéutica, exámenes para la receta de anticonceptivos, diagnóstico por enfermedades sexuales transmisibles, tratamiento y educación.

## Consentimiento

**Al firmar este formulario usted acuerda lo siguiente:**

- Que este estudiante tiene su permiso para recibir los servicios que ofrece el Programa Minneapolis School Based Clinics (Programa de clínicas escolares de Minneapolis).
- Las escuelas públicas de Minneapolis pueden dar información sobre el horario de clases del estudiante, la lista de asistencia diaria a clases y vacunas al programa Minneapolis School Based Clinics.
- El Programa Minneapolis School Based Clinics puede usar el expediente médico del estudiante para evaluar la calidad de la atención médica y la eficacia del programa.
- Que usted ha leído y entiende los servicios del Programa Minneapolis School Based Clinics.
- Que usted da su autorización para que se le envíe la factura a su aseguradora de salud o a Medical Assistance por los servicios de atención a la salud física y a la salud mental recibidos. Esto será aplicable si usted no tiene seguro médico actualmente y obtenga seguro médico más adelante.
- Este permiso permanecerá en efecto hasta que el estudiante cumpla los 18 años de edad o hasta que se cambiare por escrito.
- Usted da permiso al Programa de Clínicas Escolares y a la Oficina de Salud de las Escuelas Públicas de Minneapolis para coordinar la atención médica de su estudiante cuando sea médicamente necesario.

_____

Nombre del estudiante, *por favor escriba con letra de molde*

_____ _____

Firma del estudiante *si tiene más de 18 años*. Fecha

_____

Nombre del padre, madre o tutor, *por favor escriba con letra de molde*

_____ _____

Firma del padre, madre o tutor Fecha

**Por favor entregue este formulario completo en la clínica escolar de su escuela**

Para más información, por favor visite el sitio en la red: www.minneapolismn.gov/sbc o comuníquese con alguien de la oficina administrativa del programa al 612-673-5305 o a su clínica escolar.

# Encuesta para padres de familia/tutores, año 2026-2027

**Padres de familia/tutor:** Por favor díganos que piensa usted sobre la clínica escolar en la escuela high school de su hijo. Sus respuestas ayudarán al personal a mejorar los servicios y a satisfacer mejor las necesidades de los estudiantes y su los padres de familia/tutores.

**Esta encuesta es anónima,** así que por favor no agregue su nombre ni el de su hijo.

1. **¿A cuál escuela asiste su hijo?**
   ❑ Camden ❑ Edison ❑ FAIR ❑ Longfellow ❑ Roosevelt ❑ South ❑ Southwest
   ❑ Washburn ❑ Wellstone ❑ Otro: _____

2. **Durante el ciclo escolar 2026-2027, ¿qué grado cursará su hijo?**
   ❑ 9no. ❑ 10mo.❑ 11vo. ❑ 12vo. ❑ Otro: _____

3. **¿Cual es la mejor forma para que los padres de familia y tutores reciban la información que proporciona el personal sobre la clínica escolar?**
   *Por favor marque todas las que sean aplicables*
   ❑ El folleto adjunto al formulario de consentimiento.
   ❑ Sesiones informativas para los padres de familia y tutores en la noche.
   ❑ Eventos con horario de visita flexible a la escuela para padres de familia y tutores.
   ❑ Medios de comunicación social (Facebook, Instagram, etc.).
   ❑ El sitio de la clínica escolar (SBC, por sus siglas en inglés) en la red electrónica.
   ❑ El sitio de la escuela en la red electrónica.
   ❑ Por medio de correo electrónico de la lista de suscriptores de la escuela.
   ❑ Otro: _____

4. **¿Cuales son los beneficios más importantes de la clínica escolar?**
   *Por favor marque todos las que sean aplicables.*
   ❑ Servicios de atención a la salud mental y consejería terapéutica.
   ❑ Servicios de prevención y educación sobre el embarazo e infecciones sexuales transmisibles (STI, por sus siglas en inglés).
   ❑ Ofrecer anticonceptivos tales como condones.
   ❑ Exámenes físicos para jugar deportes.
   ❑ Ofrecer vacunación escolar/ vacunas contra COVID.
   ❑ Acceso a servicios sin costo alguno o a bajo costo.
   ❑ Tener disponibles productos de higiene femeninos.
   ❑ Que los adolecentes tengan un ambiente privado en el que no sean juzgados con prejuicio.
   ❑ Que los estudiantes no tengan que perder mucho tiempo escolar para recibir atención a su salud
   ❑ Que los padres de familia no tengan que perder horas de trabajo para llevar a su hijo al doctor.
   ❑ El saber que el personal tiene licencia, experiencia clínica y los conocimientos para trabajar con adolecentes.
   ❑ Presentaciones sobre salud en los salones de clase.
   ❑ Otro: _____

5. **¿Como pueden las clínicas escolares servir mejor al estudiante?**
   *Por favor marque todas las que sean aplicables*
   ❑ Tener personal representativo de las razas y culturas.
   ❑ Tener las citas ya sea antes o después de la escuela.
   ❑ Educación saludable sobre roles de género.
   ❑ Educación sobre el consentimiento.
   ❑ Educación para reducir el estigma sobre la salud mental.
   ❑ Otro: _____
   _____

***Continúa atrás*** ➘

**6. ¿Como pueden servir mejor las clínicas escolares a los padres de familia/tutores?**
*Por favor marque todas las que sean aplicables*

- ❑ Proporcionar información sobre el personal de la clínica.
- ❑ Proporcionar intérpretes para los padres de familia que no hablan inglés.
- ❑ Tener a la mano recursos para los padres de familia sobre temas difíciles de hablar, tales como la educación sexual y salud mental.
- ❑ Apoyo para obtener seguro médico.
- ❑ Otro: _____

_____

**7. ¿Instará usted a su hijo a que use los servicios disponibles en la clínica escolar?**

❑ Si ❑ No

¿Por qué?:

_____

_____

**8. ¿Tiene usted otros comentarios o sugerencias para mejorar los servicios de la clínica escolar?**

_____

_____

_____

_____

*¡Gracias por su tiempo para completar esta encuesta!*

**Por favor presente esta encuesta llena en la clínica escolar de su hijo**

**Para más información, por favor visite el sitio en la red: www.minneapolismn.gov/sbc o comuníquese con alguien de la oficina administrativa del programa al 612-673-5305 o a su clínica escolar.**