

# Beaumont

## AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO EN LOS CENTROS DE SALUD PARA ADOLESCENTES DE BEAUMONT

Centro de Salud para Niños y Adolescentes  
– Adams 33475 Palmer  
Westland, MI 48186  
734.728.2423

Centro de Salud para Niños y Adolescentes – Pierce  
25605 Orangelawn  
Redford, MI 48239  
313.242.0570

Centro de Salud para Adolescentes – River Rouge  
1460 W. Coolidge Hwy  
River Rouge, MI 48218  
313.843.1639

Centro de Salud para Adolescentes –  
Romulus  
9650 South Wayne Road Romulus, MI  
48174  
734.942.4857

Centro de Salud para Adolescentes – Taylor  
26650 Eureka Road, Suite B  
Taylor, MI 48180  
734.942.2273

Centro de Salud para Adolescentes - Westwood  
5912 Annapolis Street  
Inkster, MI 48174  
313.565.2174

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Sección 1:** Los Centros de Salud para Adolescentes proporcionan cuidado médico, cuidado de salud mental y servicios de educación sobre salud a adolescentes y adultos jóvenes que incluyen, pero no están limitados a: exámenes físicos, vacunas, cuidado de enfermos, primeros auxilios, pruebas de laboratorio y recetas médicas, cuidado de piel y nutrición, exámenes de vista y oído, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, asesoría y exámenes de VIH, educación en salud reproductiva y referencias, asesoría individual y de grupo y prevención, evaluación y referencias por abuso de sustancias. Los servicios se prestan sin importar el sexo, raza, religión u orientación sexual.

Entiendo que la ley de Michigan no requiere la autorización de los padres para que un menor reciba asesoría o tratamiento para el abuso de drogas, alcoholismo, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH, cuidado de salud reproductiva o asesoría a pacientes ambulatorios. Queda a la discreción del proveedor de salud si se notifica a los padres cuando la situación es peligrosa o potencialmente mortal.

Doy mi autorización a los Centros de Salud para Adolescentes para que proporcionen tratamiento, incluyendo, pero no limitado a, los servicios enlistados arriba y conforme lo considere necesario el médico o el personal médico del Centro de Salud para Adolescentes. Si se proporciona un servicio de salud a distancia, incluyendo video en vivo y en ambas direcciones, audio u otros servicios basados en la computadora, acepto que leí y entendí la información importante sobre privacidad y los posibles riesgos que se encuentran en el documento de salud a distancia anexo. Entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento con un aviso por escrito. Si firmé como padre o guardián, esta autorización será válida hasta que el paciente cumpla 18 años, a menos que se retire la autorización por escrito.

Entiendo que las pruebas de enfermedad contagiosa de transmisión sanguínea, incluyendo el VIH, se pueden realizar sin una autorización por escrito separada, si un profesional médico, voluntario, estudiante o empleado de Beaumont se expone a la sangre o fluidos corporales del paciente por medio de piel, membrana mucosa o herida abierta.

**Sección 2:** *Imunizaciones y vacunas.* Entiendo que se revisarán los registros de inmunizaciones de mi hijo en el Registro de Mejora de Atención de Michigan. Si se determina que mi hijo necesita una vacuna, le doy mi permiso al Centro de Salud para Adolescentes de Beaumont para que se le aplique. Entiendo que se hablará conmigo sobre la hoja(s) de información de vacunas antes de que se le aplique la vacuna(s) a mi hijo. Entiendo que puedo retirar mi autorización para inmunizaciones en cualquier momento contactando al Centro de Salud para Adolescentes de Beaumont.

Sí, estoy de acuerdo.  No, no estoy de acuerdo. Escriba sus iniciales \_\_\_\_\_

**Sección 3:** *Autorización para pagar los beneficios del seguro a los Centros de Salud para Adolescentes de Beaumont y para divulgación de información.* Autorizo a mi seguro médico para que le pague a los Centros de Salud para Adolescentes los servicios que me prestaron a mí o a mi hijo y que están cubiertos con mi plan de seguro médico. Entiendo que puedo ser responsable de pagar las cuotas y cargos si mi proveedor médico no participa en mi plan de seguro médico. Entiendo que puedo ser responsable de pagar las cuotas y cargos que son copagos, deducibles o para servicios que no están cubiertos en mi plan de seguro médico. También autorizo a los Centros de Salud para Adolescentes de Beaumont para que divulguen información médica a cualquier hospital, instalación, entidad o médico de Beaumont Health o a mi proveedor médico o el de mi hijo para continuación del cuidado. Se puede utilizar una copia de esta autorización en lugar del documento original. Entiendo que yo o mi proveedor de seguro podemos retirar esta autorización en cualquier momento al indicarlo por escrito. Entiendo que los Centros de Salud para Adolescentes de Beaumont protegerán la información en mi registro médico o el de mi hijo, pero de vez en cuando los Centros de Salud para Adolescentes de Beaumont deben divulgar información sobre el cuidado que proporcionan a los reguladores estatales o federales. Entiendo que, si la prueba de ciertas infecciones de transmisión sexual tiene resultado positivo, la ley requiere que se reporte este resultado a la agencia de salud pública.

**Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Beaumont Health. Entiendo que este aviso me proporciona información sobre mis derechos de privacidad y cómo se puede utilizar y divulgar mi información de salud.**

**Doy mi autorización para recibir el tratamiento cómo se menciona en las secciones 1, 2 y 3 de arriba.**

Firma del paciente, padre o guardián \_\_\_\_\_ Fecha y hora \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_