

**UNM SCHOOL-BASED HEALTH CENTER
PARENT/STUDENT CONSENT FORM
SY 2025-2026**

Student Last Name: _____ First Name: _____ M ☐ F Grade _____

Age _____ Date of Birth: _____ Student ID Number: _____ Phone: _____

Address: _____ Zip Code: _____

School: _____ Parent/Guardian name: _____

Ethnicity: Hispanic or Latino? Yes ☐ No ☐

Race: ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ White/Anglo ☐ Asian ☐ Black, African American

☐ Native Hawaiian or other, Pacific Islander ☐ Unknown ☐ Other (please specify) _____

Preferred language _____

Your insurance may be billed for this service. No student needing care will be turned away due to lack of health insurance/ability to pay.

Please list student insurance information: Medicaid/Type: ____

☐ Commercial/Type: _____

☐ NONE

Does student have a Primary Care Provider: Y ☐ N ☐ Name _____ Phone _____ Fax _____

Known Allergies ☐ YES ☐ NO If yes, please explain: _____

Does student have dental cleanings (Please circle one that applies): every six months, once a year, or not at all

- ☐ **I give** permission for my child to receive SBHC services; which may include medical, behavioral health, case management and/or dental care and for SBHC staff to access my child's class schedule (for appointment purposes only) and to ask and receive information from the school nurse about my student's health history. This includes permission for the SBHC staff to consult with and provide information and records to other health care, mental health providers, dental providers including school health professionals, and for purposes of program evaluation and quality assurance. A copy of the HIPAA Notice of Privacy Practices is available upon request. I have been given a copy of the handout "What You Need to Know about Telehealth" and I understand that some SBHC services may be provided through telehealth.

- ☐ **I do not** give permission for my child to receive SBHC services*

*New Mexico law does not require parental consent for some treatment and services under statutes; § 24-1-13.1 NMSA 1978, § 24-1-9 NMSA 1978, § 24-8-5 NMSA 1978, §24-10-2 NMSA 1978, §32A-6A-14, 15 NMSA 1978, §24-7A-6.2 NMSA 1978

Parent/Guardian Signature

Daytime Phone

Date

Emergency Contact Name & Relationship

Daytime Phone

Student Signature (18 years and older)

Daytime Phone

Date

CENTRO ESCOLAR DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NUEVO MÉXICO (UNM)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ALUMNO

Año lectivo 2025-2026

Apellido del alumno: _____ Nombre: _____ M ☐ F ☐ Grado: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación del alumno: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Escuela: _____ Nombre del padre/tutor: _____

Etnia: ¿Hispano o latino? Sí ☐ No ☐

Raza: ☐ India americana o nativa de Alaska

☐ Blanca/Anglosajona

☐ Asiática

☐ Negra, Afroamericana

☐ Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico

☐ Desconocida

☐ Otra (especificar): _____

Idioma preferido: _____

Es posible que este servicio se le cobre a su seguro. No se le negará atención a ningún alumno que no tenga seguro médico/que no pueda pagarlos.

Detalle la información del seguro del alumno:

☐ Seguro médico Medicaid/tipo: _____

☐ Seguro médico comercial/tipo: _____

☐ NINGUNO

¿El alumno tiene proveedor de atención primaria? Sí ☐ NO ☐

Nombre: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Alergias conocidas Sí ☐ NO ☐

Si la respuesta es si, explicar: _____

¿Con qué frecuencia el estudiante se hace limpiezas dentales? (Marcar con un círculo la opción que corresponda): cada seis meses, una vez al año, o nunca

☐ **Doy** permiso para que mi hijo reciba servicios del SBHC; que pueden incluir servicios médicos, servicios de salud conductual, manejo de casos o cuidados dentales. También doy permiso para que el personal del SBHC tenga acceso al programa de clases de mi hijo (solo para fines de programación de citas médicas) y pida y reciba información de parte de la enfermera escolar sobre la historia clínica de mi hijo. Esto incluye el permiso para que el personal del SBHC haga consultas y de información y registros a otros proveedores de cuidados de la salud, proveedores de salud mental y proveedores de salud bucal, incluidos los profesionales de salud de la escuela. También incluye el permiso para fines de evaluación del programa y de aseguramiento de calidad. Puede solicitar una copia de la Notice of Privacy Practices (Notificación de prácticas de privacidad) de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos - HIPAA). Me han mandado una copia del documento "Lo que necesita saber acerca de Telesalud (Telehealth)" y entiendo que algunos servicios de Clínicas de Salud Basadas en la Escuela (SBHC, por sus siglas en inglés) podrían ser proporcionados a través de Telesalud.

☐ **No doy** permiso para que mi hijo reciba servicios del SBHC*

*La legislación de Nuevo México no requiere el consentimiento de los padres para algunos tratamientos y servicios, según las siguientes leyes: § 24-1-13.1 NMSA 1978, § 24-1-9 NMSA 1978, § 24-8-5 NMSA 1978, §24-10-2 NMSA 1978, §32A-6A-14, 15 NMSA 1978, §24-7A-6.2 NMSA 1978

Firma del padre/tutor

Teléfono de contacto durante el día

Fecha

Nombre del contacto de emergencia y relación con el alumno

Teléfono de contacto durante el día

Fecha

Firma del alumno (mayor de 18 años)

Teléfono de contacto durante el día

Fecha