

# APS UNM School-based Health Centers

All APS students are allowed to get their physicals done at one of the following sites, if they don't want to do it through their own medical providers.. Please use the contact information below to make an appointment.

1. **Albuquerque High School:** 505-244-1330

800 Odelia Rd NE, Albuquerque, NM 87102

2. **Highland High School:** 505-256-3363

4700 Coal Ave SE, Albuquerque, NM 87108

3. **Manzano High School:** 505-253-0012

12200 Lomas Blvd NE, Albuquerque, NM 87112





UNM SCHOOL-BASED HEALTH CENTER  
PARENT/STUDENT CONSENT FORM  
SY 2024-2025

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 \_\_\_\_\_

Official use only: Exam Fall/Spring Prophy Fall/Spring

**CENTRO ESCOLAR DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE NUEVO MÉXICO (UNM)**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ALUMNO**

**Año lectivo 2024-2025**

Apellido del alumno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ M  F  Grado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación del alumno: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del parente/tutor: \_\_\_\_\_

Etnia: ¿Hispano o latino? Sí  No

Raza:  India americana o nativa de Alaska  
 Nativa de Hawái o de otras islas del Pacífico

Blanca/Anglosajona  
 Desconocida

Asiática  
 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 parente/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**