



STAGG HIGH SCHOOL • WELLNESS CENTER

1621 Brookside Road, Room E2
Stockton, CA 95207 • 209/933.7445 x8485

CONSENT FORM

Dear Parent(s)/ Custodial Guardian(s)/ *Estimado Padre(s)/Guardian(s):*

This consent form will ensure that your child will receive the services he/she/they might need from the Stagg High School Wellness Center. Please see the services we offer listed below. Services are free to Stagg High School, Stockton Public Safety Academy (PSA), and Pacific Law Academy (PLA) students. Please return completed form to Wellness Center.

Este formulario de consentimiento es para asegurarse de que su hijo recibirá los servicios que él/ella pueda necesitar del Centro de Bienestar en la Escuela Preparatoria Stagg, Academia de Seguridad Pública de Stockton, or Academia de Ley del Pacífico. Consulte los servicios que ofrecemos al final de este formulario. Los servicios son gratuitos para los estudiantes. Por favor devuelva el formulario a el Centro de Bienestar.

PLEASE PRINT/POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Student Information: _____

Información de el Estudiante: Last Name/Apellido First Name /Nombre Middle Name/ Segundo Nombre

Address/ Dirección: Number/Numero Street/Calle Apt.#/Numero de apartamento Zip Code/Código Postal

Telephone Number/ Numero de Teléfono Cell Phone Number/ Numero de Celular Alternative Telephone Number/ Numero de Teléfono Alternativo

E-mail Address/ Dirección de correo electrónico

I have read and understood the services offered at the Stagg High School Wellness Center. I also understand that some services, by state law, allow minors to receive care on a confidential basis and/or may require both parents' permission to participate in services. This student has my permission to receive services from the Stagg High School Wellness Center. Services may be provided in various forms, including in person, via telephone, video conferencing platforms, telehealth, etc.

He leído y entiendo los servicios que se ofrecen en el Centro de Bienestar en la Escuela Preparatoria Stagg. También entiendo que algunos servicios, por la ley estatal, permite que los menores reciban atención de forma confidencial y tambien entiendo que pueda requerir permiso de ambos padres para participar en los servicios. Este estudiante tiene mi permiso para recibir los siguientes servicios de el Centro de Bienestar de la Escuela Preparatoria Stagg. Los servicios se pueden proporcionar en varias formas, incluso en persona, por teléfono, plataformas de videoconferencia, telesalud, etc.

- All services offered/Todos los Servicios Ofrecidos
- All services offered except those listed on the line below/Todos los servicios ofrecidos, excepto los indicados en la siguiente línea:

This consent shall remain in effect for as long as this student is enrolled at Stagg High School, the Stockton Public Safety Academy (PSA), or Pacific Law Academy (PLA). I understand that I may withdraw my consent at any time by submitting a signed and dated waiver revoking my consent. I further authorize the release of information regarding treatment: 1) to third-party payors, such as Medi-Cal or other insurance, for billing purposes; 2) to necessary school and other related collaborative agency personnel, including the providers listed; and 3) as otherwise mandated by law.

Este consentimiento permanecerá vigente mientras este estudiante esté inscrito en la Escuela Preparatoria Stagg, Academia de Seguridad Pública de Stockton, or Academia de Ley del Pacífico. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, por medio de la presentación de una renuncia firmada y fechada. Autorizo la entrega de información sobre el tratamiento : 1) a los terceros pagadores, tales como Medi-Cal o otros seguros medicos, para fines de facturación;; 2) a la escuela necesaria y personal de otras agencias de colaboración, incluyendo a las agencias asociadas y proveedores mencionados al final de este formulario; y 3) cuando sea obligado por la ley.

Name of Parent or Custodial Guardian/ Nombre de Padre o Guardian de Custodia Signature/Firma Date/Fecha

Name of Parent/Guardian Signature Nombre de Padre o Guardian de Custodia Signature/Firma Date/Fecha

Student Signature/Firma de el Esudiante Student ID ## de ID de el Estudiante Grade/Grado Date/Fecha

Student attends (check one) Estudiante asiste (marque uno)
 Stagg High Escuela Preparatoria Stagg
 Stockton Public Safety Academy Academia de Seguridad Pública de Stockton
 Pacific Law Academy Academia de Ley del Pacífico



SUSD Mission Statement: Our Mission is to graduate every student college, career, and community ready. In doing so we lift all youth out of circumstances of poverty and scarcity. Estado de la mision del Distrito Escolar Unificado de Stockton: Nuestra misión es graduar a cada uno de los jóvenes preparados para la universidad, el campo laboral y su comunidad. Al lograrlo elevaremos a todo joven cuya realidad sea de pobreza y carencia.

STAGG HIGH SCHOOL • WELLNESS CENTER

“Providing services to young people since 1999”

“Prestando servicios a los jóvenes desde 1999”

Location: A.A. Stagg High School
Ubicación 1621 W. Brookside Road, Room E-2
Stockton, CA 95207

Phone/Teléfono: 209/933.7445 x8485
Fax: 209/954.9724

Hours: During the School Year
Horas de operación: Durante el año escolar

Monday – Friday
Lunes – Viernes 7:00am – 3:00pm

Services Available On Campus/*Servicios Disponibles en el Campus*

Delta Health Care is the lead agency and provides medical staff./*Delta Health Care es la agencia líder y proporciona personal médico.*

- ▲ Primary Medical Care/*Atención Médica Primaria*
- ▲ First Aid/*Primeros Auxilios*
- ▲ Sports Physicals/*Físicos Deportivas*
- ▲ Conflict Mediation/*Mediación de Conflictos*
- ▲ Nutrition Information/*Información Nutricional*
- ▲ Mental Health Services/*Servicios de Salud Mental*
- ▲ Referrals to Outside Services
Referencias a servicios externos
- ▲ Health Education/*Educación para la Salud*
- ▲ Dental Screening/*Exámenes Dentales*
- ▲ Crisis Intervention/*Intervención de Crisis*
- ▲ Mentoring/*Tutoría*
- ▲ Suicide Prevention/*Prevención del suicidio*
- ▲ Substance Use Prevention
Prevención del uso de sustancias
- ▲ Vision and Hearing Screenings
Exámenes de Visión y Audición
- ▲ Individual and Group Support Counseling/*Apoyo Individual y Apoyo en Grupo*
 - Anger Management, Substance Use, Personal Responsibility, Smoking Cessation, Life Skills
 - *Control de la Ira, Uso de Sustancias, Responsabilidad Personal, Dejar de Fumar y Vapear, Habilidades para la Vida*

Thank you to our COLLABORATIVE AGENCIES

Gracias a nuestras agencias colaborativas

Big Smiles Mobile Dental Clinic
Community Medical Centers
Delta Health Care
Kaiser Permanente
Parents By Choice
Raising Youth Resilience
San Joaquin Pride Center
Shapiro Chiropractic

San Joaquin County General Hospital
San Joaquin County Probation Department
San Joaquin County Public Health Services
Stockton Unified School District
- Health Services
- Mental Health & Behavior Support Services
- Police Department
- Student Services

