

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____ Cliente: _____ ID#: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Consentimiento para Tratamiento

Propósito

Desearía recibir servicios para mí mismo o para mi hijo de _____(Condado) y/o sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre servicios que se me pueden proporcionar a mí o a mi hijo. Entiendo que tengo derecho a hablar con un proveedor sobre la información contenida en este documento y hacer preguntas para entender esta información.

Mis Derechos

Reconozco que se me ha informado sobre mis derechos/los derechos de mi hijo como cliente, y que se me ofreció el documento sobre derechos del consumidor, que contiene mis derechos/los derechos de mi hijo como cliente.

Prácticas de Privacidad

Reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de _____(Condado), que tiene información sobre la forma en que la información de salud privada mía/de mi hijo pueden utilizarse y revelarse conforme a la ley. Entiendo que en ciertas circunstancias debe revelarse la información que yo comparta. Por ejemplo, los proveedores de salud del comportamiento tienen obligación de informar si hay una sospecha razonable de abuso o negligencia contra niños, personas mayores o adultos dependientes; si existe una amenaza para mi seguridad/la de mi hijo; o si existe una amenaza para la seguridad de otras personas.

Entiendo que, si mi hijo está recibiendo servicios, en ciertos casos el proveedor de esos servicios es posible que no pueda compartir información conmigo sobre dichos servicios a menos que mi hijo se lo permita.

Servicios

Entiendo que los servicios que pueden proporcionarse se centran en problemas de salud mental y consumo de sustancias. Soy consciente de que la información y registros míos/de mi hijo pueden compartirse entre programas y proveedores de salud mental y consumo de sustancias con el fin de proporcionar tratamiento, en el grado en que lo permita la ley.

Recetas e Historiales Médicos

Entiendo que los servicios prestados a mí o a mi hijo pueden incluir la prescripción de medicamentos. Acepto y consiento que _____(Condado) y sus proveedores contratados revisen mi historial médico o el de mi hijo, incluyendo el historial médico disponible en otras fuentes, con el fin de prestarnos asistencia médica a mí o a mi hijo.

Riesgos y Beneficios de Servicios

Entiendo que los servicios de salud del comportamiento pueden tener riesgos y beneficios. Soy consciente de que los servicios de salud del comportamiento pueden implicar hablar de aspectos difíciles de mi vida o la de mi hijo, y hacer cambios en la medicación psiquiátrica que yo o mi hijo podamos tomar y/o tratamiento por

consumo de sustancias. Es posible que yo o mi hijo experimentemos sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, enojo, frustración, soledad e impotencia. También es posible que yo o mi hijo experimentemos un aumento de los síntomas a medida que yo o mi hijo abordamos los problemas, o mientras se modifican y/o añaden mis medicamentos o los de mi hijo durante el tratamiento.

También soy consciente de que se ha demostrado que los servicios de salud del comportamiento tienen beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia y/o el tratamiento por consumo de sustancias pueden conducir a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos, y reducciones significativas en sentimientos de malestar. Los medicamentos psiquiátricos pueden aliviar los síntomas de problemas de salud mental.

Entiendo que no hay certidumbres sobre lo que experimentaremos yo o mi hijo conforme recibimos servicios, y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los servicios de salud del comportamiento exigen una inversión de tiempo y esfuerzo de todos los implicados, así como estar abiertos a cómo se verá el cambio y el éxito.

Los Servicios son Voluntarios

Entiendo que la participación en servicios de salud del comportamiento es voluntaria, salvo ciertas situaciones en las que _____(Condado) tiene la obligación legal de proporcionar servicios incluso si es involuntario, tales como tutelas o retenciones psiquiátricas 5150.

Entiendo que, incluso si un tribunal me ordena participar en servicios de salud del comportamiento, aún puedo elegir no participar en los servicios. Soy consciente de que las consecuencias que pueden derivarse de mi decisión de no participar en servicios ordenados por un tribunal son responsabilidad mía. Entiendo que puedo hablar con un abogado, funcionario de libertad vigilada, y/o trabajador de Servicios de Bienestar Infantil para tomar la mejor decisión posible respecto de la participación en servicios ordenados por un tribunal.

Elegibilidad para Servicios

La elegibilidad para servicios de salud del comportamiento viene determinada por una combinación de leyes, reglamentos y políticas locales. Entiendo que, si una evaluación determina que yo/mi hijo ya no somos elegibles para servicios de salud del comportamiento, se hablará de los motivos conmigo y también se me entregará una notificación de determinación adversa de beneficios (NOABD, por sus siglas en inglés) que explique estos motivos e información sobre el proceso de apelaciones. En ese momento se me darán remisiones a otros proveedores de servicios, según sea apropiado, que puedan cubrir mis necesidades o las de mi hijo.

Proveedores de Servicios

Entiendo que los proveedores proceden de distintos contextos educativos y profesionales y tienen una variedad de niveles de experiencia y licencias, y que los proveedores solo proporcionan servicios permitidos por la ley para la educación, experiencia, profesión y licencia de cada uno.

Entiendo que _____(Condado) puede utilizar a algunos profesionales sin licencia que están en el proceso de completar sus requisitos para licencia clínica, pero que están autorizados por ley a proporcionar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. Entiendo que yo o mi hijo podemos recibir servicios de algunas de estas personas, que se identificarán a sí mismas con claridad, así como a su proveedor/profesional clínico que los supervise. Entiendo que puedo llamar al profesional clínico con licencia supervisor si tengo alguna pregunta sobre esta solución.

Disponibilidad de Proveedores y Crisis/Emergencias

Entiendo que los proveedores están por lo general disponibles durante el horario laboral regular del condado, que es _____, salvo durante los festivos del condado. Entiendo que algunos programas tienen horarios de disponibilidad distintos.

Para asuntos no urgentes fuera de horario, entiendo que yo o mi hijo podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor (si tiene uno disponible) o en el servicio telefónico fuera de horario de _____(Condado). Para situaciones urgentes o de crisis, yo o mi hijo podemos contactar a la Línea de Crisis de _____(Condado) en el: _____.

Para emergencias, entiendo que yo o mi familia debemos llamar al 911.

Cambio de Profesional Clínico/Proveedor

Entiendo que puedo solicitar un cambio de proveedor de salud mental en cualquier momento completando un formulario de Cambio de Proveedor, que está disponible en todas las clínicas. Entiendo que solicitar un cambio

de proveedor no es garantía de cambio, y puede haber cuestiones significativas administrativas o de tratamiento que pueden hacer que el cambio no sea posible. Entiendo que un supervisor o gerente me proporcionará el/los motivo(s) por los cuales no es posible el cambio.

Gastos y Facturación a Medi-Cal, Medicare, y/o Seguro

Entiendo que _____ (Condado) me pedirá que proporcione mi información financiera anualmente, y que esta información se utilizará para calcular los gastos por servicio que es posible que yo sea responsable de pagar. Para servicios de tratamiento por consumo de sustancias para beneficiarios de Drug Medi-Cal, se aceptará financiación de Drug Medi-Cal como pago en su totalidad.

Entiendo que _____ (Condado) facturará a cualquier seguro privado antes de facturar a Medicare y/o Medi-Cal. Entiendo que puedo consultar a mi seguro privado, trabajador social de Medicare, y/o trabajador de elegibilidad de Medi-Cal si tengo alguna pregunta sobre mi cobertura, deducibles y copagos, o los de mi hijo.

Documentos Adicionales para Clientes de Medi-Cal

Entiendo que el manual de Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal y/o el Manual del Condado para Beneficiarios de Servicios de Trastornos por Consumo de Sustancias contiene detalles sobre beneficios de salud del comportamiento para beneficiarios de Medi-Cal.

Quejas y Agravios

Entiendo que puedo presentar una queja o agravio si estoy insatisfecho con los servicios que yo o mi hijo recibamos de _____ (Condado) y sus proveedores contratados. Entiendo que ni yo ni mi hijo sufriremos ninguna penalización por presentar una queja, agravio o apelación. Se me ha ofrecido una copia del documento de Resolución de Problemas, que explica cómo puedo presentar una queja, agravio o apelación.

Quejas a la Junta de Certificaciones

Entiendo que la Junta de California de Ciencias del Comportamiento recibe y responde a quejas sobre servicios proporcionados dentro del ámbito de la práctica de los consejeros clínicos profesionales, terapeutas de matrimonio y familia, psicólogos educacionales con licencia, y trabajadores sociales clínicos. Entiendo que puedo contactar a la junta en línea en la página www.bbs.ca.gov, o llamando al (916) 574-7830.

Consentimiento Informado

Mediante mi firma, reconozco que entiendo la información contenida en este documento y acepto recibir, o que mi hijo reciba, servicios de salud del comportamiento conforme a los términos descritos más arriba.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre con Letra de Imprenta: _____