

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Yo, _____, autorizo el Departamento de Salud Mental y Servicios de Recuperación del Condado de Marin a proveer servicios de salud mental para mí, o _____, a quien tengo autoridad legal para dar consentimiento. Entiendo que esto puede incluir, pero no se limita a evaluaciones, pruebas psicológicas, diagnósticos, tratamiento de salud mental, terapia, servicios de medicamentos, y servicios de administración de casos.

Las condiciones de tratamiento y los servicios que va recibir han sido explicados a mi satisfacción y comprensión. Entiendo que registros relacionados con este tratamiento serán retenidos. Todos registros y información se mantendrán confidenciales de conformidad con el Código de Bienestar e Instituciones de California, Sección 5328 y todas las demás disposiciones aplicables relativas a la confidencialidad. No se dará a conocer ninguna información sobre el tratamiento proporcionado en virtud del presente consentimiento a agencias o personas ajenas al sistema de salud mental del condado sin mi consentimiento, excepto en el evento de una emergencia médica, para el tratamiento, pago, operaciones de cuidado de la salud, o según lo permitido por la ley.

Lo que se discute en terapia es confidencial a menos de que yo dé mi consentimiento para su divulgación, o de otra forma autorizada o ordenada por la ley. Dos excepciones requerido por la ley incluyen las circunstancias en que (1) el personal clínico de el Departamento de Salud Conductual y Servicios de Recuperación escucha o cree que un adulto o un niño está en peligro de hacerse daño a sí mismo o a otra persona, y (2) existe una sospecha razonable de que un niño, adulto dependiente, o adulto mayor ha sido descuidado o maltratado.

Estoy de acuerdo en participar en llenar formularios de evaluación para garantizar la calidad de la atención en la manera que recibo servicios de salud mental y otras medidas de resultados interinstitucionales.

Yo entiendo que un interno o un profesional de la salud mental que no tenga licencia en el estado de California pueden proveer algunos de los servicios de pacientes externos. Si es así, la ley requiere que el interno/a reciba supervisión regular con un supervisor licenciado. Entiendo que los supervisores licenciados también tendrán acceso a los registros médicos del tratamiento para poder cumplir las responsabilidades de supervisión. La información compartida como parte del entrenamiento supervisada está protegida por las leyes de confidencialidad y se comparte sólo para el propósito del entrenamiento clínico que apoya la calidad de los servicios.

Si tengo un problema que no puedo resolver con éxito con mi profesional clínico y su supervisor, puedo llamar a la línea de Quejas/Agravios al 1 (888) 888-1115. Si tengo preguntas sobre mis derechos como cliente del Departamento de Salud Mental y Servicios de Recuperación puedo llamar al Defensor de los Derechos de los Pacientes al (415) 526-7525.

He leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido y acepto sus condiciones. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento y terminar con este programa y sus servicios en cualquier momento notificando por escrito al programa donde estoy recibiendo servicios.

Nombre del cliente: _____

Número de cliente: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Yo reconozco que:

1. Me han dado un número de teléfono disponible las 24 horas en caso de necesidad urgente o de emergencia. Unidad de Estabilización de Crisis (415) 473-6666.
2. Se me pedirá que participe con mi profesional clínico o administrador de caso en el desarrollo de mi plan de tratamiento y mis metas. Puedo recibir una copia de mi plan de cliente.
3. He sido informado de la disponibilidad de Servicios de Terapia del Comportamiento y los criterios para recibir estos servicios **si tengo un hijo con Medi-Cal completo.**
4. Si mi seguro cubre el tratamiento de salud mental, es posible que los servicios recibidos con un interno o profesional de la salud mental que no tenga licencia, no estén cubiertos.
5. Para cualquier pregunta acerca de facturación(es), puedo llamar al departamento de facturación. El número del departamento de facturación es (415) 473-6816.
6. Se me ha dado el número de la **Línea de Quejas/Agravios: 1-888 -818-1115.** He recibido una copia de la **Notificación de Prácticas de Privacidad** [Formulario 01-01 de HIPAA], que informa a los clientes sobre cómo el Departamento de Salud y Servicios Humanos puede usar y/o divulgar su información protegida de salud.
7. Si soy beneficiario de Medi-Cal, he recibido el **Manual del Miembro del Plan de Salud Mental de Marin** que incluye información sobre los servicios de emergencia, servicios ambulatorios, la confidencialidad, cambios de proveedor, el defensor de los derechos de los pacientes, la directiva avanzada de atención médica, audiencias imparciales y el Ombudsman del Estado para la salud mental.
8. Tengo el derecho de recibir servicios de intérprete gratuitos. Entiendo que se pueden obtener copias de los materiales informativos en formas alternativas (por ejemplo: CD, formas con letra grande, en idiomas diferentes al inglés) de la Recepción o de su profesional clínico.
9. **Si tengo 18 o más años de edad,** se me ha dado información sobre directivas avanzadas de atención médica. (Según lo dispuesto por el Título 42 del Código de Regulaciones Federales).
10. Se me ha ofrecido una copia de la Lista de Proveedores de Medi-Cal del Condado de Marin, Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Firma del cliente/padre/madre/tutor/conservador

Fecha

El cliente/padre/madre/tutor se niega a firmar, pero está dispuesto a aceptar el tratamiento.

Firma del profesional clínico/pasante/administrador del caso

Fecha

Nombre y puesto, en letra de molde, del supervisor clínico con licencia (necesario si el clínico es un interno)

Nombre del cliente: _____

Número de cliente: _____