



Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles
Consentimiento para la observación por parte de personal/voluntarios/pasantes

Consentimiento y autorización

El cliente* o adulto responsable abajo firmante autoriza al personal, a los voluntarios y/o a los pasantes del establecimiento/programa nombrado anteriormente a presenciar sus sesiones de salud mental, y otorga su consentimiento para ello, con fines de educación, capacitación y/o calidad del servicio.

El abajo firmante comprende y reconoce lo siguiente:

1. Tengo derecho a negarme a permitir que otro personal, voluntarios o pasantes presencien las sesiones en cualquier momento.
2. La firma de este formulario no afecta la prestación ni la calidad de mis servicios de salud mental.
3. Las observaciones se llevarán a cabo únicamente con fines de educación, capacitación y/o garantía de calidad.
4. Este consentimiento es completamente voluntario.
5. Este consentimiento se mantiene vigente a menos que yo (o mi representante legal**) lo revoque por escrito o hasta que reciba el alta de los servicios.
6. Las observaciones pueden realizarse desde detrás de un espejo/ventana de visión unilateral o dentro de la sala conmigo y mi profesional de salud mental.

Reconocimientos y firmas

Firma del cliente*:	Nombre del cliente:	Fecha:
Firma del adulto responsable**:	Relación con el cliente:	Fecha:
Fecha:Firma del testigo/intérprete***:	Idioma interpretado:	Fecha:

Interpretación de idiomas y documentación de copias:

* Este Consentimiento se interpretó en _____ para el cliente y/o el adulto responsable. (Nota: Si se firmó una versión traducida de este Consentimiento, adjunte la copia traducida a esta versión en inglés).

* **Estado de la copia firmada:**

Esta información confidencial se le proporciona de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) aplicables. Se prohíbe la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado a quien pertenezca, a menos que la ley disponga lo contrario. Se requiere la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito establecido en la solicitud original.

Nombre: _____ Número de identificador: _____

Agencia: _____ Número de proveedor: _____

Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles



- ☐ Se ENTREGÓ una copia de este Consentimiento al firmante
- ☐ El firmante RECHAZÓ una copia de este Consentimiento

Fecha de entrega/rechazo: _____ Iniciales del personal: _____

Documentación de exención y revocación del personal

(Para ser completado ÚNICAMENTE por el personal cuando el cliente o adulto responsable no firme o revoque el consentimiento)

- ☐ El cliente desea recibir los servicios, pero no está dispuesto a firmar este formulario de Consentimiento.
- ☐ El cliente no desea que observen sus sesiones.
- ☐ El cliente/adulto responsable otorgó su Consentimiento previamente, pero desea REVOCARLO con fecha de vigencia del: _____ (Fecha).

Firma del personal:

Fecha:

*Cliente menor de edad: El cliente menor de edad que reciba servicios bajo su propia firma debe contar con el formulario firmado de Consentimiento de menor de edad en su expediente clínico.

**Adulto responsable: Tutor, curador o los padres del menor cuando la ley lo exija.

***Testigo/Intérprete: Persona que presencié la firma del formulario (personal u otro) O que interpretó este formulario a otro idioma para el cliente.

Esta información confidencial se le proporciona de conformidad con las leyes y reglamentos estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Bienestar e Instituciones, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) aplicables. Se prohíbe la duplicación de esta información para su posterior divulgación sin la autorización previa por escrito del cliente/representante autorizado a quien pertenezca, a menos que la ley disponga lo contrario. Se requiere la destrucción de esta información una vez cumplido el propósito establecido en la solicitud original.

Nombre: _____ Número de identificador: _____

Agencia: _____ Número de proveedor: _____

Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles