

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

El suscrito cliente* o adulto responsable** consiente y autoriza los servicios de salud mental por parte de:

Nombre del Centro y/o Programa

Estos servicios pueden incluir pruebas psicológicas, psicoterapia/orientación, servicios de rehabilitación, medicamentos, gestión de casos, pruebas de laboratorio, procedimientos diagnósticos y otros servicios apropiados. Si bien los servicios se pueden prestar en diferentes lugares, todos los servicios del sistema de salud mental del condado de Los Ángeles serán coordinados por el personal de una sola institución.

El suscrito comprende que:

1. Tiene derecho a recibir información y participar en la elección de los servicios que se le presten;
2. Tiene derecho a recibir cualquiera de los servicios antes mencionados sin estar obligado a recibir otros servicios del sistema de salud mental del condado de Los Ángeles;
3. Todos los servicios son voluntarios y tiene derecho a solicitar un cambio de proveedor de servicios (institución o personal) y a cancelar este consentimiento en cualquier momento;
4. Como condición de empleo, todos los empleados de la institución firman cada año un juramento de confidencialidad que les prohíbe dar a conocer información sobre los clientes, excepto en los casos permitidos por las leyes, políticas y procedimientos de privacidad federales, estatales y del Departamento;
5. Toda la información que se comunique a los empleados y sea importante para la atención, debe incluirse en la historia clínica para asegurar que todo el personal que participe en el tratamiento tenga a su disposición información completa sobre el cliente al decidir qué tratamiento será apropiado para sus necesidades y brindarle atención de calidad.
6. En una base de información computarizada se registra el nombre de todos los clientes y los programas que les brindan servicios, y que, sin requerirse su autorización, todos los empleados del sistema del Departamento, ya sea directos o de servicios contratados, acceden a esta información;
7. La información de la historia clínica de los clientes sobre sus necesidades de servicios puede ser compartida dentro de la institución o dentro del sistema de salud mental del condado de Los Ángeles (directamente o a través de servicios contratados).

Firma del cliente*

Fecha

Firma del adulto responsable**

Relación con el cliente

Fecha

Firma del testigo/intérprete***

Fecha

Al cliente y/o adulto responsable se le tradujo verbalmente el presente Consentimiento a [idioma] _____.
Si el cliente o adulto responsable firmó una versión traducida del presente Consentimiento, dicha versión debe adjuntarse a la versión en inglés.

El firmante recibió se rehusó a recibir una copia de este Consentimiento. Fecha: _____ Iniciales del empleado: ____

Esta sección debe ser completada por un empleado si el firmante es menor o el cliente y/o adulto responsable no firman.

- El cliente está dispuesto a recibir los servicios pero no a firmar este Consentimiento.
- He completado o dispuesto que se completara el formulario de Consentimiento para Menores, para los clientes de 12 a 18 años que firmaron sin autorización del padre o tutor.

Firma del empleado

Fecha

* Cuando un menor recibe servicios con su propia firma, debe haber un Consentimiento para Menores firmado en su historia clínica.

** Adulto responsable = Tutor, curador o padre del menor, cuando sea requerido.

*** Testigo/intérprete = Persona que es testigo de la firma del formulario (puede ser un empleado u otra persona) o persona que tradujo verbalmente al cliente este formulario a otro idioma (se debe incluir el idioma al que se tradujo).

Usted recibe esta información confidencial conforme a las leyes y reglamentos estatales y federales que incluyen, sin limitarse a ellos, el Código de Bienestar Público e Instituciones de Salud, el Código Civil y las Normas de Privacidad de la Ley HIPAA. Está prohibida la reproducción de esta información para terceros sin la autorización previa por escrito del cliente o su representante autorizado a menos que la ley lo permita. Una vez cumplido el propósito de la solicitud original, se debe destruir esta información.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS Y GRABACIONES

Nombre:

Servicio N°

Agencia:

Proveedor N°

Condado de Los Angeles – Departamento de Salud Mental
Los Angeles County – Department of Mental Health

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS