



County of San Luis Obispo Behavioral Health

Consent to Treat

Client Name _____ Client ID # _____

Consentimiento Para Tratar

Fecha de vigencia: _____

Propósito

Me gustaría recibir servicios para mí o para mi hijo de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo y/o sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre los servicios que se 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 comprender esta información.

Mis Derechos

Reconozco que me informaron sobre mis derechos y los de mi hijo como cliente y que me ofrecieron el documento de derechos del consumidor, que contiene mis derechos y los de mi hijo como cliente.

Prácticas Privadas

Reconozco que me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo, que contiene información sobre cómo mi información de salud privada o la de mi hijo puede usarse y divulgarse conforme a la ley. Entiendo que en determinadas circunstancias la información que comparto debe ser divulgada. Por ejemplo, los proveedores de salud conductual tienen la obligación de informar si existe una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; si existe una amenaza a mi seguridad física o la de mi hijo; o si existe una amenaza a la seguridad de otros.

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



County of San Luis Obispo Behavioral Health Consent to Treat

Client Name _____ Client ID # _____

Servicios

Entiendo que los servicios que se pueden brindar se centran en problemas de salud mental y uso de sustancias. Soy consciente de que mi información y mis registros o los de mi hijo pueden compartirse entre programas y proveedores de salud mental y uso de sustancias con el fin de brindar tratamiento, en la medida permitida por la ley.

Riesgos y Beneficios de los Servicios

Entiendo que los servicios de salud conductual pueden tener riesgos y beneficios. Soy consciente de que los servicios de salud conductual pueden implicar discutir aspectos difíciles de mi vida o la de mi hijo y hacer cambios en los medicamentos psiquiátricos que yo o mi hijo podemos tomar y/o el tratamiento por uso de sustancias. Mi hijo o yo podemos experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. Mi hijo o yo también podemos experimentar un aumento en los síntomas a medida que yo o mi hijo solucionamos problemas o cuando mis medicamentos o los de mi hijo cambian o se agregan en el curso del tratamiento.

También soy consciente de que se ha demostrado que los servicios de salud conductual 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 de los sentimientos de angustia. La medicación psiquiátrica puede aliviar los síntomas de problemas de salud mental.

Entiendo que no hay certezas sobre lo que yo o mi hijo experimentaremos cuando yo o mi hijo recibamos servicios y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los servicios de salud conductual requieren una inversión de



County of San Luis Obispo Behavioral Health

Consent to Treat

Client Name _____ Client ID # _____

tiempo y esfuerzo por parte de todos los involucrados y a estar abiertos a cómo podrá ser el cambio y el éxito.

Servicios Son Voluntarios

Entiendo que la participación en los servicios de salud conductual es voluntaria, excepto en ciertas situaciones en las que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo está obligada legalmente a brindar servicios incluso si son involuntarios, como las retenciones psiquiátricas 5150 o las tutelas. Entiendo que incluso si un tribunal me ordena participar en servicios de salud conductual, aún puedo optar por no participar en los servicios. Soy consciente de que las consecuencias que puedan surgir debido a mi decisión de no participar en los servicios ordenados por el tribunal son mi responsabilidad. Entiendo que puedo hablar con un abogado, un oficial de libertad condicional y/o un trabajador de Servicios de Bienestar Infantil para tomar la mejor decisión posible con respecto a participar en los servicios ordenados por la corte.

Elegibilidad Para Servicios

La elegibilidad para los servicios de salud conductual está determinada por una combinación de leyes, regulaciones y pólizas locales. Entiendo que, si una evaluación determina que yo o mi hijo ya no somos elegibles para recibir servicios de salud conductual, los motivos se discutirán conmigo y también se me proporcionará un aviso de determinación adversa de beneficios (NOABD) que explica estos motivos e información sobre el proceso de apelación. Luego recibiré referencias a otros proveedores de servicios, según corresponda, que puedan satisfacer mis necesidades o las de mi hijo.

Proveedores de Servicios

Entiendo que los proveedores provienen de diferentes entornos educativos y profesionales y tienen una variedad de niveles de experiencia y licencias y que los proveedores solo brindan servicios que están permitidos por la ley para su



County of San Luis Obispo Behavioral Health Consent to Treat

Client Name _____ Client ID # _____

educación, experiencia, profesión y licencia específicas. Entiendo que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo puede utilizar algunos profesionales sin licencia que están en el proceso de completar sus requisitos para obtener una licencia clínica pero que están autorizados por ley para brindar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. Entiendo que mi hijo o yo podemos recibir servicios de algunas de estas personas, quienes se identificarán claramente, así como de su proveedor/médico supervisor. Entiendo que puedo llamar al médico supervisor autorizado si tengo alguna pregunta sobre este acuerdo.

Disponibilidad de Proveedores y Crisis/Emergencias

Entiendo que los proveedores generalmente están disponibles durante el horario comercial habitual del condado, que es de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., excepto durante los días festivos del condado. Entiendo que algunos programas tienen diferentes horarios de disponibilidad. Para asuntos no urgentes fuera del horario de atención, entiendo que mi hijo o yo podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor (si tienen uno disponible) o en el servicio telefónico fuera del horario de atención de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Para situaciones urgentes o de crisis, mi hijo o yo podemos comunicarnos con: Línea telefónica gratuita las 24 horas al: 800-838-1381.

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

Cambio de Médico/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 garantiza un cambio y que puede haber problemas administrativos o de tratamiento importantes que no hagan posible el cambio. Entiendo que un



County of San Luis Obispo Behavioral Health

Consent to Treat

Client Name _____ Client ID # _____

supervisor o gerente me proporcionará las razones por las que el cambio no es posible.

Tarifas y Facturación Medi-Cal, Medicare y/o Seguro

Entiendo que la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo me pedirá que proporcione mi información financiera anualmente y esta información se utilizará para calcular las tarifas de servicio que puedo ser responsable de pagar. Para los servicios de tratamiento por uso de sustancias para beneficiarios de Medi-Cal para medicamentos, se aceptará la financiación de Medi-Cal para medicamentos como pago total. Entiendo que cualquier seguro privado será facturado por la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo antes de facturar a Medicare y/o Medi-Cal. Entiendo que puedo consultar con 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 Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal y/o el Manual de Beneficiarios del Condado Para Servicios Para Trastornos Por Uso de Sustancias contienen detalles sobre los beneficios de salud conductual para los beneficiarios de Medi-Cal. Me ofrecieron una copia de todos los manuales relevantes y entiendo que están disponibles en todas las clínicas.

Quejas y Reclamos

Entiendo que puedo presentar una queja o reclamo formal si no estoy satisfecho con los servicios que yo o mi hijo recibimos de la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados. Entiendo que ni yo ni mi hijo estaremos sujetos a ninguna sanción por presentar una queja, reclamo o



County of San Luis Obispo Behavioral Health

Consent to Treat

Client Name _____ Client ID # _____

apelación. Me ofrecieron una copia del documento de resolución de problemas, que explica cómo puedo presentar una queja, reclamo formal o apelación.

Quejas Ante la Junta de Licencias

Entiendo que la Junta de Ciencias del Comportamiento de California recibe y responde a quejas relacionadas con los servicios brindados dentro del alcance de la práctica de consejeros clínicos profesionales, terapeutas matrimoniales y familiares, psicólogos educativos autorizados y trabajadores sociales clínicos. Entiendo que puedo comunicarme con la junta en línea en www.bbs.ca.gov o llamando al (916) 574-7830.

Consentimiento Informado

Al firmar, reconozco que entiendo la información contenida en este documento y acepto que yo o mi hijo reciban servicios de salud conductual de acuerdo con los términos descritos anteriormente.

Firma de Cliente _____

Fecha _____

Firma de Padre / Guardian _____

Fecha _____

Parentesco _____

Firma de Personal _____

Fecha _____