

Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA SALUD CONDUCTUAL

Servicios de drogas y alcohol y Servicios de salud mental

2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401 Teléfono: (800) 838-1381 FAX: (805) 781-1177

Consentimiento para el tratamiento de salud conductual:

Doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo (SLOBHD, por sus siglas en inglés) brinde servicios de salud mental necesarios a mí ó al cliente identificado en ésta forma Consentimiento para tratamiento.

Mis derechos:

Entiendo que tengo derecho a:

- Discutir las opciones de tratamiento con mis proveedores. El personal de SLOBHD discutirá conmigo todos los procedimientos de tratamiento, incluyendo medicamentos, análisis de orina para detectar drogas, parches y alcoholímetro.
- Solicitar y obtener información sobre riesgos, beneficios y alternativas a cada servicio.
- Ayudar a desarrollar y recibir una copia de mi plan de tratamiento.
- Recibir atención profesional. Entiendo que SLOBHD no garantiza los resultados.
- Ser tratado(a) con dignidad y respeto
- Rechazar ó discontinuar cualquier servicio ó procedimiento. Si un tribunal me ordena que esté en tratamiento, entiendo que aún puedo negarme a participar, aunque pueda enfrentar consecuencias legales por mi decisión. Para menores ó adultos conservados, el tutor legal tiene el derecho de rechazo, a menos que el menor, de 12 años ó más, consintió ó hubiera consentido su propia atención.

Mis responsabilidades:

Entiendo que soy responsable de:

- Mantener mis citas, lo que me ayudará obtener el máximo provecho de mi tratamiento. Si no cumplo con mis citas, SLOBHD puede suspender mis servicios.
- Actuar de manera respetuosa. Si soy violento ó amenazador para el personal u otros clientes, SLOBHD puede cambiar ó suspender mis servicios. Si cometo un crimen en el sitio, SLOBHD contactara a la policía. Podrán presentarse cargos.
- Proteger la confidencialidad de otros clientes. Si violo la confidencialidad de otros clientes, SLOBHD puede cambiar ó detener mis servicios.
- Participar en el tratamiento hablando con el personal de SLOBHD sobre mis elecciones

Pago / Autorización de facturación:

Nombre del cliente:

BH Consent for Treatment _7/16/2018

Numero del cliente:

Page 1 | 3

Por la presente autorizo a SLOBHD a facturar por todos los servicios que me han proporcionado. Autorizo a SLOBHD a recibir el pago de los beneficios médicos de cualquier plan de seguro médico que me cubra, incluidos Medi-Cal, Medicare y un seguro de salud privado. Entiendo que si tengo cobertura completa de Medi-Cal, SLOBHD no me cobrará por los servicios que reciba siempre que mi cobertura de Medi-Cal esté activa. Si no reúno los requisitos ó si pierdo la elegibilidad para Medi-Cal, el personal de SLOBHD analizará un calendario de pagos conmigo, que debo pagar.

Materiales informativos:

Entiendo que los Manuales de Beneficiarios de Medi-Cal están disponibles en las siguientes ubicaciones:

- <http://www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency/Behavioral-Health/Forms-Documents/Client-Information-Materials-Handbooks.aspx>
- Previa solicitud en cualquier clínica de salud mental

Entiendo que las listas de proveedores están disponibles en las siguientes ubicaciones:

- <http://www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency/Behavioral-Health/Forms-Documents/Quality-Support-Team/Network-Provider-List.aspx>
- Previa solicitud en cualquier clínica de salud mental

Recibí una copia de lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda)

- Consentimiento para tratamiento de salud mental (requerido para todos los servicios)
- Información sobre Directivas Avanzadas (requerida para servicios de salud mental)

Además, para los servicios de drogas y alcohol:

- Manual del cliente

El Manual del cliente contiene información sobre:

- VIH / SIDA, Hepatitis C, TB Hoja de información y números de teléfono para pruebas y referencias
- Información sobre las pruebas de detección de drogas, que incluye lo que puedo ó no tomar mientras estoy en examinacion.
- Información sobre los servicios, el pago, el comportamiento esperado, qué puedo hacer si tengo una recaída y los recursos generales de la comunidad
- Información sobre los servicios de apoyo de recuperación y las opciones de seguimiento después de la atención

Derecho a revocar el consentimiento para el tratamiento de salud del comportamiento:

Entiendo que este Consentimiento para el tratamiento de la salud del mental es efectivo mientras dure mi tratamiento en SLOBHD a menos que lo retire informándole al personal de SLOBHD. Mi firma ó la firma de un tutor indica que el personal de SLOBHD me explicó éste

N o m b r e d e l c l i e n t e :

N u m e r o d e l c l i e n t e :

formulario de consentimiento en un idioma que puedo entender, y que yo (ó mi tutor) este de acuerdo con lo anterior

Está el cliente dispuesto y capaz de firmar el acuerdo

Yes

No Si no, por favor explique:

Firma del cliente:

Fecha:

Hora:

Firma de la persona legalmente responsable

Fecha:

Hora:

Testigo personal

Fecha:

Hora:

Nombre del cliente:

Numero del cliente: