**Condado de San Luis Obispo – Departamento de Salud Pública**

**Consentimiento para Participar en el Proyecto Piloto de Atención Integral a la Persona**

Al dar su consentimiento, usted acepta participar en los servicios integrados y de coordinación proveidos por el Proyecto Piloto de Atención Integral a la Persona (WPC en inglés).

* Entiendo que los Servicios incluyen evaluación, asesoramiento, derivación, y tratamiento por parte de varios proveedores de atención médica y otros especialistas, incluyendo el personal de servicios sociales y de vivienda.
* Entiendo que el equipo de WPC también puede ayudarme a determiner mi elegibilidad o elegibilidad continua para recibir asistencia o beneficios, para determinar mi preparación/capacidad para participar y asegurar la provision y coordinación de los servicios de atención médica, incluida la salud física, dental y de vista, salud mental o uso de sustancias, vivienda, educación, así como otros apoyos auxiliares que sean apropriados para mis necesidades específicas.
* Entiendo que la comunicación, la colaboración, y la integración entre los diversos proveedores que me brindan atención médica y otros servicios aumentan la probabilidad de éxito y garantizan que podré beneficiarme de todos los servicios apropriados que puedan estar disponibles y ofrecidos.
* Entiendo que los servicios proporcionados son confidenciales y que mi privacidad está protegida por las leyes estatales y feerales que limitan cómo se puede utilizer mi información para los servicios.
* Entiendo que se me pedirá my permiso (autorización) antes de compartir cierta información confidencial con miembros del equipo y/o con otras personas, y que, a menos que una ley permita o requiera un uso o divulgación de mi información, no será utilizado o divulgado a menos que yo otrogue permiso.
* Entiendo que el Proyecto Piloto de WPC realiza rutinariamente ciertas actividades administrativas, incluida la revision de los resultados y la supervision de la calidad por parte del personal administrative que supervise la gestión del proyecto.
* Entiendo que puedo cambiar de opinion acerca de recibir servicios de este proyecto y puedo discutir cualquier inquietud sobre mi participación con el personal del Proyecto Piloto de WPC en cualquier momento.
* Yo entiendo y reconozco que el aviso de practicas de privacidad se me ofreció.

**Su firma en esta forma indica que:**

Ha leído y entiende la información proporcionada en este documento.

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (paciente/representante legal)

Si firmado por alguien diferente, por favor indique la relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (representante legal)