

BEHAVIORAL HEALTH SIGNATURE SHEET

San Luis Obispo Behavioral Health Department

 DAS 2180 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401
 Phone: (805) 781-4275 FAX(805) 781-1227

 MH 2178 Johnson Ave, San Luis Obispo, CA 93401
 Phone: (800) 838-1381 FAX (805) 781-1177
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO TREATMENT AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO: Yo, el firmante, estoy solicitando servicios de salud mental y/o servicios de droga y alcohol y doy mi permiso a los empleados del Condado de San Luis Obispo (Servicios de Salud Mental y/o Servicios de Drogas y Alcohol) a administrar cualquier tratamiento que sea considerado de necesidad terapéutica. Todos los procedimientos, incluyendo análisis de orina por el abuso de droga o alcohol, parches, y máquinas de aliento serán discutidos conmigo y puedo declinar o dejar de recibir tratamiento en cualquier momento. Espero recibir tratamiento profesional y de calidad y entiendo que no hay garantía de que los resultados deseados serán obtenidos. Entiendo que Salud Mental/Servicios de Droga y Alcohol del Condado de San Luis Obispo mantendrá una historia clínica de los contactos y servicios como se requiere por la ley. Esto será compartido electrónicamente entre Salud Mental y Servicios de Droga y Alcohol. La confidencialidad de esta historia clínica esta protegida por la ley y no información que me identifica será divulgado sin mi escrito consentimiento. Excepciones ha esta confidencialidad son: emergencias médicas, los requisitos de la financiera, un orden de un juez a revelar información a la corte, abusos de niños, adulto dependiente o mayor de edad, o en caso que si yo fuera un daño a mi mismo o a otra persona.

Firma del Cliente: _____ Fecha _____

Firma del Padre, Guardián o LPS Conservador: _____ Fecha _____

Consentimiento legal

Persona responsable

Dirección

Teléfono

Ciudad, estado, ZIP

Autorización de ASEGURADORAS Insurance Authorization

Por este medio yo autorizo a Servicios de Salud Mental del Condado de San Luis Obispo y/o a Servicios de Droga y Alcohol a recibir pago de beneficios médicos por cualquier y todo plan de seguro de salud por la cual estoy cubierto/a, incluyendo Medi-Cal, MEDICARE y seguro de salud privada. Además autorizo a Servicios de Salud Mental del Condado de San Luis Obispo y/o a Servicios de Droga y Alcohol a revelar porciones de cualquier archivo generado o mantenido por Servicios de Salud Mental y/o Servicios de Droga y Alcohol sobre mi, incluyendo toda información pertinente a mi historial medico, mental o condición física y tratamiento recibido, e información archivada en el diagnostico y tratamiento de mi salud mental y/o condiciones relacionadas a droga y alcohol, a cualquier persona o corporación quien es o puede ser responsable de toda o una porción de cargos de Servicios de Salud Mental y/o Droga y Alcohol, incluyendo pero no limitado a compañías de seguro, planes de servicio del cuidado de salud, compañías, o transportadores de compensación al trabajador y entidades de reembolso de gobierno. La finalidad de la revelación autorizada por esta forma es para que Servicios de Salud Mental y/o Servicios de Droga y Alcohol determinen responsabilidad para pago y obtener reembolso de servicios propios o auxiliares. Entiendo que mi archivo de tratamiento de alcohol y/o droga están protegidos bajo regulaciones federales gobernando Confidencialidad de Archivos de Paciente de Abuso de Alcohol y Droga, 42 C.F.R. Parte 2, y el Acto de Seguro de Salud de Contabilidad y Portabilidad de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Pts. 160 & 164 y no podrá ser revelado sin consentimiento escrito solo proveido de otra manera en las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto al extento que acción ya haya sido tomada en dependencia de ello, y que en cualquier evento este consentimiento expire automáticamente como lo siguiente: uno año. Entiendo que se me puede negar servicios y el Condado puede, bajo ley federal o estatal, condicionar tratamiento bajo la provisión de la autorización, así como para obtener información en conexión con la elegibilidad de un plan de salud o determinaciones de inscripción relacionada a mi o para sus determinaciones de obligaciones o riesgos. No se me negara servicios si yo me reuso a consentir a una revelación para otros propósitos. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud la cual se me esta pidiendo consentir el uso o revelación bajo esta autorización. Se me ha proveido una copia de esta forma.

Firma del Cliente/ Persona Responsable: _____

Recibo Manual de Cliente Receipt of Client Handbook

He recibido:

1. _____ Prácticas de Privacidad – Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad por parte del Condado de San Luis Obispo. Además, que una copia estará en la sala de espera y que me ofrecerán otra copia modificada en mi cita.
2. _____ Derechos del cliente y procedimientos de queja. Esto también esta en la sala de espera.
3. _____ VIH/SIDA, Hepatitis C, y información sobre Tuberculosis. Números de teléfono se incluye por referencia.
4. _____ Información sobre pruebas de droga y alcohol, incluyendo:
 - Directrices sobre las pruebas.
 - Medicamentos o sustancia que saldrían positivos en las pruebas.
 - Que medicamentos sin receta puedo usar.
5. _____ Consentimiento de cuestionarios- Estoy de acuerdo con el procedimiento del Condado de San Luis Obispo. Entiendo que tengo que responder y contestar un cuestionario sobre mi estado a 90 días y 180 días después que termine el programa. Entiendo que esta información será completamente confidencial y que me pueden ofrecer una cita basada en la información que doy en el cuestionario.
6. _____ Directivas médicas por adelantado - Otros nombres: Opciones para el final de la vida, Órdenes de no resucitar, Órdenes de resucitar.
7. _____ Me han ofrecido una lista de Proveedores Comunitarios.
8. _____ Medi-cal Beneficiary Handbook.
9. _____ He leído, entiendo, consiento, y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones del manual del cliente.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Padre, Guardián o LPS Conservador _____ Fecha _____

Firma de testigo: Witness signature _____ Fecha _____

Si el cliente no lo firma, marque la relación entre el cliente y el firmante:
 Padre o guardián de un menor de edad

 Guardián o conservador de un incompetente

 Beneficiario o representativa personal de una persona fallecido.

CLIENT NAME

CLIENT NUMBER