



**Consentimiento para evaluación /Tratamiento médico**

El propósito de éste formulario es registrar la naturaleza de los servicios que se proporcionarán para los cuales se necesita su consentimiento por escrito y asegurarse de que comprenda la naturaleza de éstos servicios. Puede retirar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento y solicitar que se cierre su archivo.

**Lea el fomulario detenidamente y haga preguntas si no comprende alguna parte del mismo.**

**Comprension de la evaluación medica**

Los Servicios de evaluación médica que ofrecemos son específicos para el propósito de la evaluación del funcionamiento general del comportamiento y el desarrollo. Cuando sea apropiado, los servicios de administración de medicamentos están disponibles. Martha's Place no ofrece servicios médicos de atención primaria y las evaluaciones médicas realizadas en Martha's Place no reemplazan la necesidad de que cada niño tenga un proveedor de atención primaria. Parte de la evaluación médica incluye análisis fotográfico para las características faciales de FAS.

**Confidencialidad (HIPPA)**

Toda la información se mantiene confidencial. No podemos divulgar ninguna información sobre usted/su hijo(a) a nadie fuera de Martha's Place sin su consentimiento por escrito, excepto en circunstancias específicas. Para ayudarlo a usted / su hijo(a), compartimos información entre el personal de Martha's Place que está involucrado con el equipo de tratamiento. Además, la información discutida durante el curso de la evaluación psicológica se incluirá en el informe final. Sin embargo, el informe solo se dará a conocer a las personas designadas por su autorización por escrito o por orden de una corte.

Hay límites a la confidencialidad. Martha's Place divulgará información a los padres/ tutores/ autoridades correspondientes si: el paciente corre un grave riesgo de hacerse daño a si mismo o a otros; si hay sospecha de que él cliente está siendo abusado o descuidado; si recibimos una orden judicial para los registros del cliente; o bajo otras circunstancias requeridas por la ley. Además, podemos compartir información con otro proveedor en el curso de hacer una referencia para servicios.

**Otras Políticas**

**Procedimiento de reclamo:** Intentamos resolver cualquier conflicto de manera adecuada para nuestros clientes, mientras mantenemos estándares de tratamiento importantes. Si llega a un punto de conflicto en el tratamiento de su hijo, primero debe intentar la resolución con su proveedor de tratamiento directo. Si esto no resuelve el conflicto, debe solicitar hablar con el médico principal sobre el problema.

**Nombre de Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Madre/Padre/ Guardián:** \_\_\_\_\_ **Relación a Cliente:** \_\_\_\_\_  
*En Letra de molde*

**Madre/Padre/ Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*Firma*

Client Name/ Medical Record#: \_\_\_\_\_