



## Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

### **Objetivo**

Me gustaría recibir servicios para mí o para mi hijo de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo o de sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre los servicios que me pueden prestar a mí o a mi hijo. Entiendo que tengo derecho a hablar con un proveedor sobre la información que se incluye en este documento y hacer preguntas para comprender esta información.

### **Mis Derechos**

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

### **Prácticas de Privacidad**

Reconozco que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo, que contiene información sobre cómo se puede usar y revelar mi información médica privada o la de mi hijo, según lo establecido por la ley. Entiendo que, en ciertas circunstancias, la información que comparto debe ser revelada. Por ejemplo, los proveedores de Servicios de Salud y Bienestar tienen la obligación de reportar si existe una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, adultos mayores o adultos dependientes; si existe una amenaza para mi seguridad física o la de mi hijo; o si existe una amenaza para la seguridad de los demás. 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 se lo permita.

### **Servicios**

Entiendo que los servicios que se pueden prestar se centran en problemas de salud mental y consumo de sustancias. Estoy consciente de que la información y los registros míos o de mi hijo pueden compartirse entre programas y proveedores de salud mental y de consumo de sustancias con el objetivo de dar tratamiento, en la medida permitida por la ley.

### **Riesgos y Beneficios de Los Servicios**

Entiendo que los Servicios de Salud y Bienestar pueden tener riesgos y beneficios. Estoy consciente de que los Servicios de Salud y Bienestar pueden implicar hablar sobre aspectos



## Consentimiento para el Tratamiento

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **ID del Paciente** \_\_\_\_\_

difíciles de mi vida o la de mi hijo y hacer cambios en los medicamentos psiquiátricos que mi hijo o yo tomamos o en el tratamiento por consumo de sustancias.

Mi hijo o yo podemos tener sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. Mi hijo o yo también podemos tener un aumento de los síntomas mientras que mi hijo o yo trabajamos en los problemas o a medida que cambian o agregan medicamentos míos o de mi hijo durante el curso del tratamiento.

También estoy consciente de que se ha comprobado que los Servicios de Salud y Bienestar tienen beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia o el tratamiento por consumo de sustancias pueden llevar a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia. Los medicamentos psiquiátricos pueden aliviar los síntomas de los problemas de salud mental.

Entiendo que no hay certezas sobre lo que mi hijo o yo enfrentaremos cuando recibamos servicios, y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los Servicios de Salud y Bienestar exigen una inversión de tiempo y esfuerzo de todos los participantes, y también de apertura a cómo podrían verse el cambio y el éxito.

### **Los Servicios Son Voluntarios**

Entiendo que la participación en los Servicios de Salud y Bienestar es voluntaria, excepto en ciertas situaciones en las que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo está legalmente obligado a prestar servicios, incluso si es involuntario, como en las detenciones psiquiátricas 5150 o en las tutelas.

Entiendo que incluso si la Corte me ordena participar en Servicios de Salud y Bienestar, aún puedo elegir no participar en esos servicios. Estoy consciente de las consecuencias que pueden surgir debido a mi decisión de no participar en los servicios ordenados por la Corte que son mi responsabilidad. Entiendo que puedo hablar con un Abogado, Oficial de Probación o Trabajador de los Servicios de Bienestar de Menores para tomar la mejor decisión posible con respecto a la participación en servicios que ordene la Corte.

### **Elegibilidad para Los Servicios**

La elegibilidad para los Servicios de Salud y Bienestar se determina mediante una combinación de leyes, reglamentos y políticas locales. Entiendo que, si una evaluación determina que mi hijo o yo ya no somos elegibles para los Servicios de Salud y Bienestar, se hablará conmigo sobre los motivos y también se me dará un Aviso de Determinación de los Beneficios Adversos (NOABD) que explica estos motivos, e información sobre el proceso de apelación. Luego me darán



## Consentimiento para el Tratamiento

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **ID del Paciente** \_\_\_\_\_

remisiones a otros proveedores de servicios, según corresponda, que puedan cubrir mis necesidades o las de mi hijo.

### **Proveedores de Servicios**

Entiendo que los proveedores provienen de diferentes antecedentes educativos y profesionales y tienen una variedad de niveles de experiencia y acreditación, y que los proveedores solo prestan servicios permitidos por la ley para su educación, experiencia, profesión y acreditación específicas.

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo puede emplear a algunos profesionales no autorizados que están en el proceso de completar sus requisitos para la acreditación clínica, pero que están autorizados por ley para prestar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental autorizado. Entiendo que mi hijo o yo podemos recibir servicios de algunas de estas personas, las que se identificarán claramente, y el proveedor/Clínico que las supervisa. Entiendo que puedo llamar al Clínico autorizado que supervisa si tengo alguna pregunta sobre este arreglo.

### **Disponibilidad De Proveedores y Crisis/Emergencias**

Entiendo que los proveedores generalmente están disponibles durante el horario comercial habitual del Condado, que es de 8:00 a. m. a 5:00 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 con el servicio telefónico fuera del horario de atención de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo. Para situaciones urgentes o de crisis, mi hijo o yo podemos comunicarnos con: La Línea de Crisis de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo al: 1-800-838-1381.

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

### **Cambio de Clínico/Proveedor**

Entiendo que puedo pedir 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 pedir 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 Supervisor o Administrador me dirá los motivos por los que el cambio no es posible.



## **Consentimiento para el Tratamiento**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **ID del Paciente** \_\_\_\_\_

### **Cargos y Facturación de Medi-Cal, Medicare o El Seguro**

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo me pedirá que dé mi información económica anualmente y que esta información se usará para calcular los cargos por servicios que sería responsable de pagar. Para los servicios de tratamiento por consumo de sustancias para beneficiarios de Drug Medi-Cal, se aceptará el financiamiento de Drug Medi-Cal como pago total.

Entiendo que Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo le facturará a cualquier seguro privado antes de facturarle a Medicare o Medi-Cal. Entiendo que puedo consultar con mi seguro privado, trabajador social de Medicare o trabajador de elegibilidad de Medi-Cal si tengo alguna pregunta sobre mi cobertura, deducibles y copagos o los de mi hijo.

### **Otros Documentos Para Pacientes de Medi-Cal**

Entiendo que el Manual de la Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal o el Manual del Beneficiario del Condado para Servicios por el Trastorno por Consumo de Sustancias contiene información sobre los beneficios de Salud y Bienestar para los beneficiarios de Medi-Cal.

### **Quejas y Quejas Formales**

Entiendo que puedo presentar una queja o una queja formal si no estoy satisfecho con los servicios que recibamos mi hijo o yo de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo y sus proveedores contratados. Entiendo que mi hijo o yo no estaremos sujetos a ninguna multa por presentar una queja, queja formal o una apelación. Me ofrecieron una copia del documento de resolución de problemas, que explica cómo puedo presentar una queja, una queja formal o una apelación.

### **Quejas a La Junta de Acreditación**

Entiendo que la Junta de Ciencias del Comportamiento de California recibe y responde a las quejas relacionadas con los servicios prestados en el ámbito de ejercicio de los 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](http://www.bbs.ca.gov) o llamando al (916) 574-7830.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

## Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ ID del Paciente \_\_\_\_\_

### **Consentimiento Informado**

Firmando, reconozco que entiendo la información incluida en este documento y acepto recibir, o que mi hijo reciba, Servicios de Salud y Bienestar de acuerdo con los términos descritos arriba.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_