

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

El cliente o adulto responsable abajo firmante autoriza y da su consentimiento para los servicios de:

### Didi Hirsch Mental Health Services

De acuerdo a la necesidad médica, estos servicios pueden incluir evaluación, uso de sustancias, psicoterapia u orientación, servicios de rehabilitación, medicamentos, psico-educación, manejo del casos, prevención, procedimientos de diagnóstico de alcance y otros servicios apropiados. Si bien estos servicios pueden prestarse en distintos lugares, todos los servicios serán aprobados y coordinados por un solo personal de la agencia.

### DERECHOS CON RELACIÓN A LOS SERVICIOS

Todos los servicios recibidos son voluntarios. Tengo derecho:

1. A estar informado y participar en la selección de servicios.
2. A recibir cualquiera de los servicios disponibles sin necesidad de recibir otros servicios.
3. A solicitar un cambio de proveedor de servicio (agencia o personal) o revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que Didi Hirsch ya haya usado o divulgado mi información de salud protegida en virtud de mi consentimiento;
4. A elegir si participo o no en la investigación llevada a cabo por Didi Hirsch sin que ello afecte el tratamiento o los servicios que recibo.

Información acerca de usted que compartimos con otras entidades sin su permiso:

1. En general, la privacidad de todas las comunicaciones entre un cliente y un proveedor de servicios está protegida por ley y solamente puede revelarse a terceros con su permiso por escrito. Sin embargo, existe una serie de excepciones que incluyen
  - Si el proveedor de servicios sospecha que un niño, una persona mayor o una persona discapacitada está siendo abusada, se le pedirá que presente un informe ante el organismo estatal adecuado.
  - Si el proveedor de servicios considera que un cliente plantea una amenaza grave para sí mismo o presenta una actividad autodestructiva grave, se le puede pedir que se comunique con los miembros de la familia u otras personas que puedan brindarle protección o buscarle hospitalización.
  - Si un cliente amenaza de daño corporal grave a otro, el proveedor de servicios deberá adoptar medidas de protección, que pueden incluir notificar a la potencial víctima y a la policía o buscar hospitalización adecuada.
  - A fin de proporcionar la más alta calidad de cuidado, a su proveedor de servicios puede resultarle útil consultar con otros proveedores de servicios de Didi Hirsch.
2. Para asegurarse de que su proveedor de servicios tenga a su disposición la información más completa acerca de usted al decidir qué servicios son adecuados para sus necesidades y para la calidad de cuidado, cualquier información que divulgue al personal que ellos determinen que es importante para su cuidado será registrado en su historia clínica.
3. La información que contiene la historia clínica de un cliente está disponible para todo el personal de esta agencia que tenga la necesidad de acceder a la información, y no se podrá acceder a la misma excepto según lo permitan las leyes federales, estatales locales, las reglamentaciones y las políticas que permiten el acceso e intercambio de la información de salud protegida y confidencial del cliente.

Entiendo que puede ser necesario incluir a otras personas, tales como miembros de mi familia, en mi tratamiento. Esto solo se hará con mi conocimiento y autorización. Entiendo además que es mi responsabilidad mantener mis beneficios de salud a fin de seguir recibiendo servicios en Didi Hirsch, y que la pérdida de mis beneficios puede ocasionar que se ponga fin a mi tratamiento en Didi Hirsch.

También entiendo que es mi responsabilidad pagar por mi cuenta los servicios que reciba en Didi Hirsch. No realizar pagos durante un período de 30 días puede ocasionar que se ponga fin a mi tratamiento en Didi Hirsch.

Reconozco lo siguiente:

1. He sido notificado(a) de que mi información será ingresada en el sistema de información de DMH.
2. He sido informado(a) acerca del proceso de evaluación.
3. He recibido una evaluación financiera y he sido informado(a) acerca de sus resultados.

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

**NOTA:** La información acerca de sus derechos y de cómo se protege su información está descrita en detalle en el **Aviso de Prácticas de Privacidad** que se le ha proporcionado.

### Consentimiento de Recordatorio de Texto

- No acepto recibir mensajes de texto de mis próximas citas en mi teléfono celular.
- Acepto recibir mensajes de texto de mis próximas citas en mi teléfono celular con el siguiente entendimiento.
- Soy responsable de ponerme en contacto con la empresa de telefonía celular con respecto a las tarifas de los mensajes de texto o del uso de datos.
  - Los mensajes de texto de recordatorio de las citas que reciba son automáticos y no están destinados a utilizarse como otro tipo de comunicación.
  - Puedo revocar este acuerdo en cualquier momento, sin que ello afecte mis servicios.

**Número de teléfono celular si se da consentimiento:** \_\_\_\_\_

### SERVICIOS RESIDENCIALES - SOLO A TRAVÉS DE VIA AVANTA

Yo, el paciente o la persona responsable abajo firmante, autorizo por la presente a Via Avanta (11643 Glenoaks Blvd., Pacoima 91331) a administrar y realizar cualquier tratamiento y procedimiento de diagnóstico que pueda considerarse necesario ahora o durante el curso del cuidado del paciente.

Entiendo que como condición para recibir los servicios de Via Avanta acepto: (1) cumplir las normas y regulaciones que rigen el programa; (2) pagar cualquier cargo adjunto por los servicios recibidos; (3) proporcionar muestras de orina para la detección de drogas a través de análisis de orina según lo determine el personal; (4) participar en el cuidado de niños, equipos de trabajo y proyectos especiales; (5) someterme a una prueba dentro de las 72 horas de admisión al programa, (6) someterme a un examen físico dentro de los primeros 30 días de admisión al programa.

La filosofía de Via Avanta es que cada cliente merece la mejor gama de servicios para satisfacer sus necesidades individuales. A tal fin, Via está obligada a proporcionar recursos o derivaciones a los clientes que tendrían una mejor atención con programas alternativos. Durante los primeros 30 días de tratamiento, el personal de orientación evaluará las necesidades del cliente. Es responsabilidad de Via Avanta, proporcionarle derivaciones a programas alternativos si, en nuestra evaluación, se determina que sus necesidades recaen fuera del alcance de nuestros servicios.

Además entiendo que puedo ser dado de baja del programa por cualquiera de los siguientes motivos: (1) amenaza de violencia o violencia real; (2) robo; (3) posesión de contrabando, alcohol, armas y parafernalia de drogas; (4) uso de drogas o alcohol; (5) negativa repetida a cumplir las normas del programa o las instrucciones razonables de mi terapeuta.

Además, entiendo que si fui derivado(a) al programa como una condición de libertad condicional, rehabilitación, libertad bajo palabra o determinación de custodia infantil, la agencia de supervisión será notificada de mi baja del programa.

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

**He revisado y entiendo el material anterior. Al firmar abajo, acepto estas condiciones y doy mi permiso a Didi Hirsch Mental Health Services para prestar los servicios necesarios para la evaluación y el tratamiento de (Nombre del cliente): \_\_\_\_\_ . Entiendo que puedo, en cualquier momento y por cualquier motivo, revocar mi consentimiento para el tratamiento.**

_____	_____	_____
Firma del Cliente	Nombre del Cliente	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Adulto Responsable	Relación con el cliente	Fecha

- El cliente está dispuesto a aceptar los servicios, pero no está dispuesto a firmar el consentimiento.
- Se ha completado un formulario de consentimiento de menor de edad para el cliente menor de 18 años que firma sin el consentimiento del padre o tutor legal.

Una copia de este consentimiento  se entregó  se rechazó el \_\_\_\_\_ por parte de \_\_\_\_\_

_____	_____
Staff Printed Name and Signature	Date

\*Adulto Responsable = Tutor Legal, Custodio, Padre del Menor, u otro representante legal según lo permita la ley.