



Nombre

N.º BIS

CONSENTIMIENTO para los Servicios Comunitarios de Salud Conductual
Programas de tratamiento para la salud mental/por consumo de drogas y alcohol

Nombre del cliente

Doy mi consentimiento para recibir los servicios de tratamiento proporcionados por los Servicios Comunitarios de Salud Conductual (CBHS, siglas en inglés) de San Francisco en

Entiendo que mi proveedor nos explicará a mí o a mi dependiente todo tratamiento que nos propongan, incluidos sus riesgos, beneficios y alternativas razonables. Entiendo que tendré la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas.

Entiendo que los programas de CBHS brindan experiencia clínica para diferentes aprendices de salud conductual. Entiendo que es posible que nos traten, a mí o a mi dependiente, alguna de esas personas, quienes actúan bajo la dirección del personal clínico que las supervisa.

Entiendo que la información sobre mi salud puede compartirse mediante una red segura con organizaciones o proveedores de atención médica autorizados con el fin de brindar tratamiento, coordinar la atención médica y mejorar la calidad.

La información sobre su salud conductual puede incluir, entre otras cosas, lo siguiente: integrantes del equipo de atención médica, medicamentos, alergias, resultados de análisis de laboratorio actuales y pasados, vacunas, signos vitales y las fechas de los encuentros. Esto excluye el tratamiento de trastornos ocasionados por el uso de sustancias (SUD, siglas en inglés), cubierto por la norma 42CFR Parte 2. Entiendo que puedo rechazar esta opción en cualquier momento.

Además de los proveedores de atención médica mencionados arriba, entiendo que los registros de tratamiento míos o de mi dependiente pueden divulgarse solo según se establece en la Notificación sobre prácticas de confidencialidad del Departamento de Salud Pública (DPH, siglas en inglés).

Entiendo que los proveedores de CBHS están obligados por las leyes federales o estatales a informar a las autoridades correspondientes cuando (1) mi proveedor crea que yo o mi dependiente podemos causarnos lesiones a nosotros mismos o causárselas a otra persona o (2) mi proveedor sospeche de maltrato a niños, adultos dependientes o a personas mayores. Leí este consentimiento, recibí una copia y acepto las condiciones que en él se expresan. También entiendo que puedo retirar mi consentimiento y dejar de recibir los servicios de este programa en el momento en que lo desee.

Firma o marca: _____
 cliente/padre/madre/apoderado u otro representante legal

Fecha: _____

Hora: _____ a. m./p. m.

Si firma otra persona que no es el cliente, indique su relación legal con el cliente:

Si se trata de un menor 1) emancipado o 2) mayor de 12 años y reúne las condiciones para recibir servicios según la sección 6924 o 6929 del Código de Familia, puede brindar consentimiento para recibir los servicios y firmar este formulario en su propio nombre.

Si el cliente adulto no brinda su firma completa y no tiene un representante legal, debe haber dos personas que actúen como testigos cuando ponga su marca.

Testigo 1: _____
 Firma

 Nombre y cargo en letra de imprenta

Testigo 2: _____
 Firma

 Nombre y cargo en letra de imprenta