



**SANTA CRUZ CONDADO SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

**Consentimiento para Recibir Servicios de Salud Mental**

Solicito servicios para mí o en nombre de \_\_\_\_\_ de Salud Mental del Condado de Santa Cruz. Entiendo que los Servicios Especiales de Salud Mental pueden incluir terapia individual, terapia grupal, consejería de rehabilitación, manejo de casos / servicios de corretaje, Servicios de Base Intensiva en el Hogar (IHBS para jóvenes), Coordinación de Cuidados Intensivos (ICC para jóvenes), los servicios de EPSDT, incluidos los Servicios de Comportamiento Terapéutico (para jóvenes calificados) y servicios de medicación. Estos servicios pueden ser proporcionados por el Condado y / o Proveedores de Contrato que pueden compartir información cuando se hacen referencias o para coordinar la atención.

Entiendo que puedo reportar cualquiera insatisfacción al Coordinador de Reforma de Calidad, 1400 Emeline Ave., Santa Cruz, CA 95060, (831) 454-4671 o al Defensor de Derechos del Paciente al (831) 429-1913.

Se me ha proporcionado información por escrito acerca de Las Directivas Anticipadas, el Aviso de Prácticas de Privacidad y la Guía de Servicios de Salud Mental de Medi-Cal y La Lista de Proveedores (para beneficiarios de Medi-Cal solamente).

Entiendo que la información y los expedientes que documentan el tratamiento (de mi hijo/a) son confidenciales y que la información sobre mí (mi hijo/a) no será divulgada a individuos de afuera u otras agencias (las que no tengan un contrato con el condado de Santa Cruz para proveer servicios de salud mental) sin mi consentimiento escrito, excepto según lo que requiera o permita la ley o reglamento estatal y/o federal. Un resumen de estas excepciones está incluido en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad que me brindaron.

Entiendo que aceptar y participar en los servicios de salud mental es voluntario y que tengo el derecho de pedir un cambio de proveedor o de personal de entrega de servicio. Entiendo que como beneficiario de Medi-Cal yo tengo derecho a otros servicios reembolsables por Medi-Cal.

**El beneficio máximo de los servicios ocurrirá al asistir con regularidad. Si no puede asistir a su cita, por favor avise al personal antes de la hora de la cita**

*El Condado de Salud Mental acepta Medi-Cal, Medicare, y algunos seguros médicos para nuestros servicios. Si Usted no tiene cobertura, deberá pagar todo o parte del costo del tratamiento. La cantidad que pague dependerá de sus ingresos y el tamaño de su familia. Su porción será determinada por una fórmula del estado llamada "Método Uniforme para Determinar la Capacidad de Pagar" (UMDAP por sus siglas en inglés). No se le cobrará por servicios de tratamiento proveídos por la escuela al ser el resultado del Plan de Educación Individual (IEP por sus siglas en inglés) aprobado por Salud Mental.*

Entiendo que habrá un consentimiento informado separado para recibir medicamentos psicotrópicos que puedan ser recomendados por el psiquiatra.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento para recibir servicios cuando así lo desee y que tengo derecho de recibir una copia de este consentimiento.

Copia proveída:  Iniciales\_\_\_\_\_ Copia fue ofrecida pero el cliente se negó:  Iniciales\_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

Firma de padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_

El individuo se niega a firmar pero da su consentimiento de palabra a los servicios de salud mental.

Testigo\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_