INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE: Vea California Welfare and Institutions Code Section 5328

San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services
SOLICITUD PARA SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO A TRATAMIENTO

Yo, por la presente solicitud para mí, o para mi hijo menor, para recibir cuidado y tratamiento voluntariamente de Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) de San Mateo.

Entiendo que tal cuidado y tratamiento puede consistir de un proceso de evaluación, servicios de salud mental, la administración del caso, y, en algunos casos, medicina.

Si esta solicitud se acepta, BHRS está autorizado para administrar el tratamiento/servicio descrito arriba. Tal consentimiento, sin embargo, no es una renuncia de mis derechos civiles; reservo el derecho de rechazar el tratamiento contra consejo médico. Si yo, o mi hijo (a) recibimos medicinas, mi psiquiatra o el psiquiatra de mi hijo (a) puede compartir informacion con otros doctores acerca de las drogas que me ha recetado o recibir informacion de las drogas recetadas por otros doctores.

Entiendo además que tengo el derecho continuo a una explicación del tratamiento que será administrado, y que puedo dirigir quejas acerca de servicios a BHRS, 800-388-5189. Entiendo además que mis registros son confidenciales bajo ley Federal y Estatal, y no serán liberados a individuos o agencias exteriores sin mi autorización expresa por escrito. Sin embargo, estoy consciente que cierta información se puede liberar sin mi autorización bajo circunstancias descritas en Notificación de Prácticas de Privacidad de Salud Mental.

He leído lo antecedente y acuerdo aceptar el tratamiento para mí/mi hijo, y acuerdo además a toda condición expuesta aquí. Reconozco que he recibido una copia de este acuerdo.

☐ _____ _____
Firma de Cliente/Padre o Tutor Fecha

☐ _____ _____
Firma del Clínico Fecha

☐ El cliente se rehúsa o no puede firmar, pero verbalmente acordó a BHRS en la fecha indicada abajo.

_____ _____
Razón por la cual el cliente se rehúsa o no puede firmar Fecha

Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de la Privacidad

☐ Reconozco que he recibido una copia de la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD del Servicio de Salud Mental del Condado de San.

_____ _____
Firma de Cliente/Padre o Tutor Fecha

☐ Al cliente se le ofreció la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD pero rehusó aceptarla.

_____ _____
Firma del Clínico Fecha

☐ Al cliente no se le ofreció la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD por la siguiente razón:

_____

_____ _____
Firma del Clínico Fecha

Original para el historial; copia al cliente