



### **Salud Conductual basada en la escuela - Consentimiento informado**

Buscar servicios del comportamiento de la salud es una decisión importante- una que a menudo incluye muchas preguntas. Este documento es intencionado a informarle sobre las pólizas de CHC/SEK, las leyes estatales y federales, las responsabilidades de CHC/SEK hacia usted, y sus derechos a usted como paciente. Si usted tiene otras preguntas o preocupaciones, por favor pregunte y nosotros le proporcionaremos con la información que ocupe.

### **Servicios Disponibles**

Las terapeutas basados en la escuela de CHC / SEK ofrecen servicios de asesoramiento incluyendo individual, familiar, y servicios de grupo. CHC / SEK cuenta con profesionales calificados y experimentados en salud del comportamiento con licencia ('Proveedores de atención'). Los proveedores de atención no tienen licencia para practicar medicina y no recetan medicamentos. Ciertos trastornos tienen orígenes médicos o biológicos y, en esos casos, los pacientes deben consultar a un proveedor médico.

### **Asesoramiento**

CHC / SEK ofrece diversos tipos de asesoramiento diseñados para dirigir las diferentes necesidades. Su primera visita será una sesión de evaluación en la cual los proveedores de atención y los pacientes evalúan las inquietudes y desarrollan un plan de atención, a veces llamado plan de tratamiento.

Si usted cree que un proveedor de CHC/SEK no es un buen ajuste para usted, por favor de discutir esto con su proveedor de atención para determinar si una transferencia de cuidado es apropiado para usted. Si usted y su Proveedor de Atención deciden que otros servicios son más apropiados para usted, CHC/SEK le asistirá en encontrar un proveedor que satisface sus necesidades.

### **Riesgos y Beneficios**

Asesoramiento y terapia son beneficiosas, pero como con todo tratamiento, hay riesgos inherentes. Durante la consulta, discusión sobre temas personales pueden traer emociones como enojo, culpabilidad, y entristecimiento. Sin embargo, los beneficios del asesoramiento pueden superar cualquier incomodidad encontrada durante el proceso. Algunos de los posibles beneficios serían mejorar la relación personal, reducir los sentimientos de angustia emocional y habilidades específicas para resolver problemas. CHC / SEK no puede garantizar estos beneficios.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_



Al firmar este Consentimiento Informado, usted está dando su consentimiento a CHC / SEK y al Proveedor de Atención para compartir información con todas las entidades requeridas por la ley y también liberar y mantener inocente al Proveedor de Atención de cualquier desviación del derecho de confidencialidad del Paciente que pueda resultar.

**Deber de Advertencia/ Deber de Proteger**

Bajo ciertas circunstancias, los proveedores de cuidado de CHC / SEK tienen el deber de advertir / proteger al Paciente (o a los padres del menor de edad). Los proveedores de atención de CHC / SEK confían en su educación y experiencia, además de las leyes estatales y federales, las reglamentaciones y otras orientaciones al momento de tomar esas determinaciones.

**Consentimiento para Tratamiento**

Como paciente / encargado de la toma de decisiones de dicho paciente, reconozco haber leído, entendido y aceptado la información en este formulario. He tenido la oportunidad de responder preguntas o solicitar aclaraciones sobre cualquier tema que no esté claro. Estoy aceptando voluntariamente recibir tratamiento para mí (o para mi hijo) y entiendo que puedo suspender dicho tratamiento en cualquier momento.

Si el Paciente está dando su consentimiento para el tratamiento de un menor, si se ha emitido una orden judicial con respecto a la tutela de dicho niño o si afecta los derechos del paciente a consentir en la atención y el tratamiento del niño, CHC / SEK no prestará servicios al niño del paciente. Hasta que CHC / SEK haya recibido y revisado la orden judicial más reciente.

Al firmar este formulario de Consentimiento Informado y Salud del Comportamiento - Consentimiento Informado, como Paciente o Tomador de Decisiones de dicho Paciente, también autorizo la divulgación de la información médica necesaria para el reembolso del seguro y autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor de servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del responsable que toma las decisiones\*

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del Paciente o del responsable que toma las decisiones\*

\*Relación al Paciente:    \_\_\_Papa   \_\_\_Guardián Legal  
                                  \_\_\_Poder Notarial Durandero   \_\_\_Otro/Relación:\_\_\_\_\_

(\*Documentación es requerida en el momento de firmar los servicios de adicción y salud conductual - formulario de consentimiento informado)

Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre imprimido del Testigo

Fecha (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_