

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS

Consentimiento para recibir tratamiento (lea y firme más abajo)

El personal de Aurora Family Service quiere que usted conozca sus derechos como consumidor de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios proporcionados en nuestras clínicas, y solicita su consentimiento informado para recibir tratamiento. Su firma más abajo indica que usted ha recibido, repasado y está de acuerdo con lo que se indica a continuación:

- A. Usted será informado de los resultados de la evaluación inicial.
- B. Usted será informado, tanto verbalmente como por escrito, sobre todo lo siguiente:
 - 1. Las alternativas de tratamiento, como por ejemplo: niveles más altos de atención, grupos de apoyo comunitario, psicoterapia grupal, etc.
 - 2. Los servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios que se ofrecerán y los posibles resultados y efectos secundarios del tratamiento que se recomienda, que incluye la posibilidad de lo siguiente:
 - ideas perturbadoras
 - desánimo si el avance no es tan rápido o tan sustancial como estaba previsto
 - efectos secundarios de los medicamentos, si se recetan medicamentos (se hablará sobre esto con el proveedor que le receta)
 - otro (especifique) _____
 - sentimientos de estrés
 - cambio en las relaciones
 - 3. Las recomendaciones de tratamiento y los beneficios de estas recomendaciones. Los posibles beneficios incluyen, entre otros, los siguientes:
 - disminución y/o desaparición de los síntomas
 - mejor comprensión de sí mismo y de otras personas
 - avance hacia las metas y los objetivos
 - aumento de la sensación de autoestima
 - aumento de una conducta asertiva
 - mejora en las relaciones con otras personas
 - mayor capacidad de un comportamiento independiente
 - mayor uso de las estrategias saludables para afrontar el sufrimiento
 - mayor confianza en la capacidad de manejar el control sobre los pensamientos, sentimientos y comportamientos
 - otro (especifique) _____
 - 4. La duración aproximada y el resultado deseado del tratamiento recomendado de acuerdo con la documentación en sus Planes de servicio.
 - 5. Recibió una copia del Aviso de Prácticas de privacidad de Aurora Health Care, en el cual se resumen las **condiciones para divulgar la información de salud protegida** además de los **límites de la confidencialidad**. **Recibido** **Rechazado**
 - 6. Recibió una copia de la Política de cancelación tardía y no presentarse a las citas, que incluye las circunstancias en las que al cliente se le puede dar el alta por razones administrativas. **Recibido** **Rechazado**
 - 7. Recibió una copia del folleto de la Clínica de Asesoramiento Familiar de Aurora (Aurora Family Counseling Clinic) y se le ha informado sobre la siguiente información:
 - tarifas por servicios
 - seguridad y confidencialidad
 - cómo obtener los servicios de salud conductual de emergencia durante los períodos fuera del horario normal de atención de la clínica
 - Derechos del cliente y procedimiento para presentar quejas **Recibido** **Rechazado**
 - 8. Entiendo las tarifas aplicables a mi tratamiento y mi responsabilidad de pago y, que si no puedo hacer los pagos según lo acordado en el plan de pagos, puedo presentar una solicitud formal por escrito al Director de Servicios clínicos, para obtener un nuevo plan de pagos. Entiendo que los siguientes copagos del seguro o pagos de escala variable son mi responsabilidad y que se deben hacer al momento de recibir el servicio:

Monto del pago por cuenta propia del cliente: \$ _____ o **Monto del copago: \$ _____**
 - 9. Se me ha ofrecido una copia de este Consentimiento informado para recibir tratamiento. **Recibido** **Rechazado**

Duración

Este consentimiento para recibir tratamiento permanecerá vigente hasta que termine el tratamiento, pero no por más de 15 meses. Usted tiene derecho a retirar por escrito su consentimiento para recibir tratamiento en cualquier momento. No dude en hablar con su proveedor acerca de cualquier pregunta o inquietud que tenga. Esperamos poder trabajar con usted.

Firma del paciente del expediente (incluidos los menores de edad \geq 14 años de edad) Fecha/hora

Firma del padre/madre/tutor legal (para menores de edad) o co-pacientes Relación con el paciente del expediente Fecha/hora

Firma del proveedor Fecha/hora