

**AGENCY DE SERVICIOS HUMANOS Y SALUD DEL CONDADO DE MENDOCINO
SALUD MENTAL**

APLICACIÓN POR SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, por este medio hago aplicación para recibir cuidado y tratamiento voluntariamente de parte de los servicios de Salud Mental del Condado de Mendocino.

Yo entiendo que semejante cuidado y tratamiento podría consistir de una proceso de evaluación, psicoterapia y en algunos casos, medicamento.

Si esta aplicación esta aceptada, los servicios de Salud Mental del Condado de Mendocino está autorizados para suministrar el tratamiento descrito encima. Sin embargo, con este consentimiento, no esto renunciando a mis derechos civiles. Yo me reservo el derecho de declinar el tratamiento aunque eso vaya contra de una recomendación medica.

Entiendo aún más que tengo el derecho continuo a una explicación del tratamiento para ser administrado, y que puede expresar cualquier descontento por los Derechos del Pacientes' el programa establecido por el Condado de Mendocino Servicios de Salud Mentales (707) 463-4614.

Entiendo aún más que mis archivos se consideran confidenciales y no serán divulgado a individuos ni agencias exteriores sin mi consentimiento escrito o expresado. Sin embargo, yo me doy cuenta de que cierta información se puede divulgar sin mi autorización bajo las circunstancias siguientes.

1. Un profesional calificado para proveerme los servicios.
2. Sobre el expediente de un protector.
3. Para hacer un reclamo para asistencia medica o el seguro médicos en mi nombre.
4. Sobre el recibo de una orden legítima citación o orden de tribunal.
5. Una amenaza es hecha a un Oficial Federal o del Estado o sus familias.
6. En caso de una emergencia médica válida.
7. Si hay evidencia que abuso de niño ha ocurrido.
8. Cuándo una amenaza física contra otra persona requiere la divulgación.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones encima en orden para recibir tratamiento.

Firma de Paciente/ Cliente

Fecha

Firma de Testigo

Este Consentimiento debe ser firmado por el cliente, o por el más cercano relativo o el guardián si el cliente es un menor o es físicamente o mentalmente incompetente. Si la firma del cliente' no este presente, completa por favor lo Siguiente:

Razón Por Que el Cliente no Puede Firmar

Fecha

Firma de Padres o Guardián

Relación

Client provided with the following:

Signature: _____

Provider List MHP Booklet MHP Brochure Your Right to Make Decisions About Medical Treatment
Grievance and Appeal Process Brochure Request for Change of Service Provider or Second Opinion Brochure

COMPORTAMIENTO SALUDABLE Y SERVICIOS DE RECUPERACION DEL CONDADO DE MENDOCINO
(PROGRAMA DE SALUD MENTAL)

ACUSE DE RECIBO

NOTIFICACION DE PRÁCTICAS CONFIDENCIALES Y OTRA INFORMACION

Firmando esta forma, acuse de recibo de la Notificación de Practicas Confidenciales de Comportamiento Saludable y Servicios de Recuperación, del Condado de Mendocino, Departamento de Salud Mental.

Nuestra notificación de practicas confidenciales provee información acerca de cómo tal vez usemos y compartamos su información confidencial de salud y sus derechos a su archivo medico y otra información importante. Por favor lea completa la notificación de prácticas confidenciales.

En adición de recibir nuestra notificación de prácticas confidenciales, también se le otorgo la siguiente información:

- MHP Lista de Proveedores
- Folleto de Guía para servicios de salud mental de Medí-Cal
- Folleto para miembros del Plan de Salud Mental
- Sus Derechos para tomar decisiones acerca de su tratamiento Medico Folleto(Directiva avanzada)

- Folleto del Proceso de Quejas y Apelaciones
- Folleto de la Petición para cambio de proveedor
- Folleto Para petición para una segunda opinión
- Apoyo de lo Derechos de los Padres
- Folleto Medí-Cal notificación de Confidencialidad
- Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) Ofrece una línea gratis con asistencia de interpretes y TTY/TDD servicios para los beneficiarios que requieran, o tengan acceso a los servicios.

Estos servicios puedes solicitarse con cualquier proveedor de Servicios del Plan de Salud Mental o llamando al 1-800-555-5906.

Si usted tiene preguntas acerca de cualquier información dada aquí, por favor contacte:

Mendocino County Behavioral Health & Recovery Services

Mental Health Program

1120 South Dora Street

Ukiah, CA 95482

(707) 472-2300 FAX: (707) 472-2306

Acuse de Recibo:

Firma: _____ Fecha: _____
(Cliente/Padre/Conservador/Guardián)

Inhabilidad para obtener Acuse de Recibo: Describa los esfuerzos hechos para obtener el Acuse de Recibo y las razones por las que no se obtuvo:

Firma del Proveedor o Representante: _____ Fecha: _____

Aviso: Nuestra notificación de Practicas Confidenciales esta sujeta a cambios. Si nosotros cambiamos nuestra notificación, usted podría obtener una copia de la notificación revisada entrando a nuestro website at www.co.mendocino.ca.us/mh o llamando a la recepción de nuestra oficina en Ukiah al 472-2300.