



Consentimiento para Tratar

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, ingrese sus iniciales en los espacios a continuación.

1. _____ **Consentimiento para Servicios de Evaluación y Salud Mental:** Doy mi consentimiento voluntario para participar en una evaluación y / o tratamiento de salud mental por parte del personal de asesoramiento del Old Mill Center (OMCCF). Entiendo que los servicios serán proporcionados por un profesional de salud mental calificado o por un interno con asesoramiento y que este recibiendo supervisión clínica de un consejero profesional con licencia. Se ha estipulado que la evaluación, los servicios y el apoyo seguirán las normas especificadas en mis servicios individuales y plan de soporte (ISSP). Ayudaré en la evaluación yo mismo, determinando el plan de servicios e informando el progreso hacia las metas. Puedo solicitar y recibir una copia de mi ISSP en cualquier momento. El objetivo de los servicios de salud mental que brinda OMCCF es ayudar a crear cambios positivos y duraderos para los niños / las niñas y sus familias. Mientras que se realizan esfuerzos para reducir los riesgos asociados con el asesoramiento, soy consciente de que existen riesgos involucrados. Las familias a veces experimentan un aumento de estrés, particularmente durante las primeras etapas de los servicios de salud mental.
2. _____ **Derecho a Retirar el Consentimiento:** Tengo derecho a retirar mi consentimiento de evaluación y / o tratamiento en cualquier momento mediante una solicitud por escrito al terapeuta que lo / la asiste.
3. _____ **Autorización para la Divulgación de Información Médica:** Autorizo al personal de OMCCF a divulgar información médica sobre mí, solicitada por las compañías de seguros con las que tengo cobertura, o cualquier agencia pública y / o sus agentes para determinar los beneficios por los servicios prestados o los beneficios por servicios relacionados. Entiendo que la cantidad y el tipo de información compartida depende de los requisitos de esa empresa o agencia.
4. _____ **Asignación de Beneficios:** Por este medio autorizo que el pago de los beneficios se realice directamente al Old Mill Center for Children and Families. OMCCF acepta esta asignación.
5. _____ **Política de Privacidad / Declaración de Derechos y Responsabilidades para Individuales y Sus Familias:** Me han informado de la Política de Privacidad de Old Mill Center for Children and Families y de su Declaración de Derechos y Responsabilidades para Individuales y sus Familias.
6. _____ **Acta de Reconocimiento:** Confirmando que la información de contacto y de seguro que proporcioné es correcta. Informaré a OMCCF de cualquier cambio en el futuro.

Nombre del/la Cliente (en letra de imprenta): _____

Fecha: _____

Firma del/la Cliente: _____

Persona Responsable (en letra de imprenta): _____

Firma de la Persona Responsable: _____

Fecha: _____