

EL CONDADO DE INYO SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD
DIVISION DE SALUD MENTAL
INFORMACION CONFIDENCIAL
**ACUERDO DE RECIBIR TRATAMIENTO- AVISO DE LIBERTADES &
CONFIDENCIALIDAD**

Nombre del Cliente:_____Fecha de Nacimiento:_____

Yo,_____y/o_____

Escriba el nombre del consumidor(si el consumidor es menor o tiene curaduria)Escriba aqui el nombre del padre/madre o curador rodea uno.

Estoy de acuerdo de recibir servicios (tratamiento) voluntariamente de la Salud Mental del Condado de Inyo (SMCI), cual incluye Salud Mental (SM) y Servicios de Alcohol y Otras Drogas(SAOD). SMCI trabaja para proveer servicios coordinados e inclusivos para sus consumidores.Como parte de esto los especialistas se consultan juntos sobre su tratamiento y sus supervisores para asegura que los clients reciban servicios consistentes para sus necesidades individuales. Para casos de ninos/familias, la SMCI participa como miembro del Consejo de Servicios Para Ninos del Condado de Inyo; asi es como participa en revisar casos con otros miembros del Consejo de Servicios Para Ninos del Condado de Inyo para proveer los mejores servicios para ninos y familias. Con firmar abajo estoy de acuerdo con estos datos, mientras especificamente de acuerdo con lo siguiente:

- Entiendo que yo (o el menor/o la persona en curadia nombrado arriba), tiene libertad de elegir proveedor, donde recibo servicios, dependiente el la disponibilidad de proveedores, y que no estoy limitado/a a proveedores de servicio de SMCI;
- Entiendo que yo (o el menor/o la persona en curadia nombrado arriba), tiene derecho de terminar servicios/tratamiento a cualquier tiempo.Tambien entiendo que puedo rechazar cualquiera recomendacion,intervencion psicologico, o procedimiento de tratamiento;
- Entiendo que yo (o el menor/o en curadia nombrado arriba), espero beneficiar de los servicios/tratamiento, pero noy hay implicacion ni garantia de que suceda;
- Si creo que mis derechos han sido negados sin buena causa, hay un Abogado de Derechos Del Cliente que puedo contactar, (la informacion esta con la recepcionista en la oficina de Salud Mental)
- Entiendo que no voy a encontrar discriminacion culpable por grupo etnico, religion, edad, sexo o incapacidad.
- Estoy de acuerdo de ser contactado/a para estudios de investigacion en el futuro.

Entiendo que tego los derechos como el/la beneficiario/a de:

- El derecho de recibir informacion.
- El deecho de recibir tratamiento con respect dignidad y confidencialidad.
- Recibir proteccion sobre mis datos medicos en conjunto con regulaciones de HIPAA.
- El derecho de recibir information sobre las opciones disponibles de tratamiento y alternativas, presentados en una manera apropiada al la condicion y habilidad del beneficiario.
- El derecho participar en decisions tocante el cuidado medico, incluso el derecho rehusar tratamiento.

- El derecho ser libre de cualquier forma de resticcion, o isolacion usado como manera de coaccion,diciplina,conveniencia, oretaliacion, como especificado en las regulaciones federales.
- El derecho de recibir los datos medicos y de pedir que sean corregidos y enmendados.
- El derecho de ser proveido con servicios de la salud.
- El derecho un interprete o servicios de asistencia de idioma, de forma gratuita.
- Cuando sea possible, ser proveindo con proveedores que son culturalmente competentes.
- El derecho de cambiar proveedores.
- El derecho a un ambiente libre de humo.
- El derecho estar en un ambiente seguro y se le pide no traer armas al local.

Entiendo que todos los documentos del cliente son confidencial, a menos de mi permiso de compartir informacion fue proveido en escrito a la SMCI por el cliente o padre/madre/guardian/curado del cliente. Al mismo tiempo entiendo que bajo las siguientes condiciones la SMCI puede ser requerido por ley de quebrar confidencialidad:

- Cualquier amenaza fisica hecha contra usted mismo/a o contra otra persona. El personal de la SMCI pueda tomar pasos para asegurar la seguridad, incluyendo hospitalizacion, notificar la ley y notificar la persona amenazada;
- Cualquier sospecha que un nino/a, adulto incapacitado o anciano esta siendo violado/a fisica o sexualmente o esta descuidado. Personal de la SMCI esta bajo mandato legal de reportar cualquier abuso sospechado al la agencia apropiada. La agencia quien sea lo investigara;
- Cuando la corte pide documentos para administrar justicia.

Todas las peticiones para servicios de la SMCI son revisadas por el condado de Inyo Servicios Humanos Y Salud , el equipo pueda incluir miembros de servicios para adultos o servicios para ninos, enfermeras de la salud publica, trabajadores socials, consejeros del abuso de alcohol y drogas, directores de casos, consejeros vocacionales, y supervisors de ese personal.

Esta autorizacion sera efectiva hasta terminar servicios entre la SMCI con el cliente nombrado/a o hasta que haiga revocacion en escrito de esta autorizacion. Durante el entriego de servicios de la SMCI al cliente nombrado arriba, El Departamento de Servicios Humanos y Salud del Condado de Inyo esta autorizado recibir recompensa por tales servicios/tratamientos de todos los planes de aseguranza que cubran el cliente incluyendo Medi-Cal/Medicare como sea aplicable.Ademas, estoy de acuerado a estar contractado para servicios siguientes y estudios de resultados.

De acuerdo y firmado:

_____		_____
Firma de consumidor (adulto o menor)		Fecha
_____		_____
Firma de madre/padre/guardian/curado(menor o en curaduria)		Fecha
_____	_____	_____
Nombre de personal de SMCI	Firma de personal de SMCI	Fecha