

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

Nombre (en letra de imprenta) _____ FDN _____ N.º de ID de MHCD _____ Fecha de ingreso _____

Consentimiento para recibir servicios. Doy mi consentimiento para los servicios que ofrece el Mental Health Center of Denver. Entiendo que el objetivo principal de estos servicios es ayudarme a lograr una vida de bienestar. Mi consentimiento es voluntario y seguirá siendo válido mientras mi caso con MHCD esté abierto. Este consentimiento tiene validez para todos los proveedores de MHCD que me pueden prestar servicios y permite que se comparta información entre el personal de MHCD, como lo autorice la ley. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, salvo que el tribunal expida una orden de tratamiento forzoso. El retiro del consentimiento no afectará las acciones que MHCD ya haya tomado, o que estén en curso. MHCD también tiene derecho a dejar de prestarme servicios.

Divulgación de información. Entiendo que MHCD necesitará información sobre mis circunstancias anteriores y actuales con el fin de prestarme servicios adecuados. Además comprendo que si a alguno de mis proveedores no se le da acceso a la información necesaria para mi tratamiento, tal como lo determine el proveedor de acuerdo a su opinión profesional, MHCD puede suspender el tratamiento. Entiendo que si actualmente estoy en libertad condicional o provisional, puede ser necesario que firme una autorización para divulgar información de manera que mi médico pueda hablar con mi oficial de libertad condicional o provisional.

Confidencialidad. Entiendo de la información sobre mí, que incluye información de mi historia clínica e información que compartí durante las sesiones de terapia, es confidencial y no se puede divulgar sin mi autorización. Hay algunas excepciones a esta norma general de confidencialidad. Las circunstancias en las cuales la información se puede compartir legalmente sin mi autorización incluyen, entre otras: el peligro para mí mismo o para otras personas; sospecha o prueba de maltrato o negligencia de un menor, persona mayor o adulto vulnerable; o una discapacidad grave.

Fotografías. Acepto que MHCD me pueda tomar fotografías por razones de identificación, seguridad u otros fines administrativos, y entiendo que MHCD tratará esas fotografías en forma confidencial. Tengo derecho a negarme si no quiero que me tomen fotografías, y MHCD respetará esa solicitud. Una vez que se tomen las fotografías, no le puedo pedir a MHCD que las elimine de su sistema electrónico. Para tomar otras fotografías o video de mí es necesario un consentimiento aparte.

Informe del CBI. Entiendo que MHCD puede solicitar un informe a la Oficina de investigaciones de Colorado (Colorado Bureau of Investigation, CBI) si existen inquietudes respecto a la seguridad.

Datos sobre resultados. Entiendo que MHCD recaba datos sobre los resultados de los servicios proporcionados como parte de la prestación de servicios de rutina, y puede usar los datos para evaluar el programa, obtener financiación, o hacer presentaciones profesionales. Doy autorización a MHCD para recoger y usar mis datos sobre los resultados de los servicios. Si MHCD usa los datos, no se divulgará información de identificación. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a MHCD, pero el retiro no afectará los datos ya obtenidos o utilizados por MHCD.

Objetos de valor. Entiendo que MHCD no es responsable de la pérdida o el daño de los objetos de valor que traiga a MHCD. Pueden ser cosas como dinero, joyas, anteojos, prótesis dentales, dispositivo de audición, dispositivos electrónicos, teléfonos celulares, documentos, dispositivos médicos personales u otros artículos de valor.

Derechos. Entiendo que mientras reciba servicios de MHCD, tengo derecho a lo siguiente:

- Atención y tratamiento que sean respetuosos, y reconozcan mi dignidad, valores culturales y creencias religiosas.
- Participar en la planificación y/o revisión de mi plan de tratamiento.
- Recibir información sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de la terapia (si se sabe), y la estructura de honorarios.
- Negarme a los servicios, después de haber sido informado de los riesgos posibles, los beneficios y las alternativas de mi denegación, salvo que un médico determine que la denegación podría ser peligrosa para mí o para otras personas, o un tribunal exija el servicio.
- Conocer los nombres, la situación profesional y la experiencia del personal que me presta servicios.
- Presentar una reclamación o una queja sobre MHCD sin temor a sufrir represalias, y ser informado de los procedimientos para presentar una reclamación o una queja, inclusive la información de contacto.
- Que me hablen de una manera y con un vocabulario que pueda entender.
- Buscar una segunda opinión de un profesional fuera de MHCD, pero yo seré responsable del costo y los preparativos.

Para padres/cuidadores que dan su consentimiento en nombre de un menor. Este párrafo se aplica si soy padre, madre o tutor legal del menor mencionado anteriormente y que está relacionado conmigo personalmente. Entiendo que si recibo mi propio tratamiento de salud mental en MHCD, podría ser necesario que los profesionales clínicos del equipo de tratamiento de mi hijo se comuniquen con los profesionales clínicos de mi equipo de tratamiento, revisen información en mi expediente médico electrónico de MHCD e ingresen documentación en mi expediente médico electrónico de MHCD. Doy mi consentimiento para usar mi información médica tal como se describe en este párrafo.

Acuerdo. Con mi firma continuación, reconozco que leí, entendí y acepto este consentimiento para recibir servicios, y que recibí una copia de este formulario. También reconozco que me han entregado una copia del Aviso de las normas de privacidad del Mental Health Center of Denver.

Firma de la persona o el representante autorizado _____ Fecha _____

Nombre del representante autorizado (en letra de imprenta) _____ Relación _____

(Se puede exigir documentación legal de la autoridad del representante)