Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de identificación del Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para tratamiento / Servicios:**

1. **Consentimiento para Proveer / Proporcionar servicios :**

Yo Voluntariamente consiento que yo o mi hijo/a, participaremos de una evaluación y / o tratamiento y/ o servicios de salud mental (por ejemplo, psicológico o psiquiátrico) y / o los servicios que son proveídos por los empleados de Wellmore Behavioral Health.

Estoy de acuerdo en participar activamente en mis servicios (o de mi hijo/a) en Wellmore con el conocimiento que los mejores resultados provienen de una verdadera asociación entre nuestros empleados y nuestros clientes y los padres/tutores de los clientes.

Entiendo que después de la evaluación y / o tratamiento y / o servicios, información completa y precisa será proveída sobre las siguientes áreas:

 a. Los beneficios de cualquier tratamiento / servicio propuesto;

 b. Modos alternativos de tratamiento y servicios;

 c. La manera en que el tratamiento / servicio será administrado;

 d. Efectos secundarios esperados de la y / o los riesgos de efectos secundarios de

 los medicamentos (si aplica);

 e. Probables consecuencias de no recibir tratamiento / servicios, o la denegación

 de servicios;

 f. Evaluación clínica o el tratamiento se llevará a cabo por un psicoterapeuta, un

 psicólogo, una enfermera psiquiátrica, un terapista licenciado o un individuo

 bajo la supervisión de cualquiera de los profesionales mencionados.

g. El tratamiento clínico se llevará a cabo dentro de las leyes que aplican en Connecticut

1. **Beneficios para la evaluación / tratamiento / Servicios:**

Evaluación y tratamiento / servicios clínicos pueden ser administrados con entrevistas

psicológicas, evaluación psicológica o pruebas, psicoterapia, administración de

medicamentos, así como las expectativas en cuanto a la duración y frecuencia del

tratamiento. Puede ser beneficioso para mí / mi hijo/a menor de edad, así como el

profesional al cual fue referido, a entender la naturaleza y las causas de las

dificultades que afectan mi funcionamiento diario, por lo que las recomendaciones y

los tratamientos adecuados pueden ser ofrecidos y / o referencias apropiadas se

pueden hacer.

1. **Póliza de cancelación:**

Se espera que las citas sean canceladas no menos de 24 horas antes de su cita

programada. Si usted no cancela una cita o no se presenta a una cita más de dos

veces consecutivas usted está sujeto a que Wellmore de por cerrado el episodio de atención de su hijo/a. Si su caso se cierra, puede solicitar una nueva cita de admisión para una fecha futura. No se le garantiza que se le asignará el mismo

proveedor (s) con el cual estaba trabajando en el último episodio de tratamiento.

1. **Emergencias:**

En una emergencia, puede llamar la línea informativa o al 2-1-1, en días laborales o antes de las horas de trabajo, fines de semana y días de fiesta cuando nuestras oficinas están cerradas. 2-1-1 contestara su llamada, le conectaran para una respuesta inmediata si es necesario y / o tomar mensajes para las llamadas que no son de emergencia si usted lo desea para pasar a su / terapista o proveedor médico de su hijo menor de edad. Según la ley Federal y de Connecticut, la información proporcionada será mantenida confidencial a menos que se considere que existe peligro para sí mismo o para otros.

1. **Privacidad y confidencialidad:**

De acuerdo con la ley federal (Health Insurance Portability and Accountability

Act/HIPAA) y la ley de Connecticut (Ct General State Statute 17a-101a),

la información proporcionada será confidencial, con las siguientes excepciones: Si hay preocupación por un posible abuso o negligencia, o Si una orden judicial se emitió para obtener los registros los empleados de Wellmore son informantes obligatorios y deben reportar sospechas de abuso o negligencia infantil a las autoridades correspondientes.

**Por favor note que si su expediente o el expediente de su niño es citados por orden de un juez o un representante judicial, Wellmore esta obligado por ley del estado y leyes federales a liberar todo o parte del expediente sin su consentimiento o autorización.**

Si usted está recibiendo servicios de medicamentos de un proveedor de Wellmore

esto servirá como aviso de que vamos a obtener electrónicamente su información de

prescripción externa, desde el almacén de datos de prescripción Surescripts para

garantizar la seguridad del cliente y continuación de atención.

Wellmore no administra medicamentos o recetas que están de venta en las farmacias

en todos los programas con la excepción de los Servicios Residenciales para Niños.

**6.** **Derecho a Revocar el** **consentimiento:**

 Tengo el derecho a retirar mi consentimiento para la evaluación y / o tratamiento en

 cualquier momento mediante una carta por escrito para el terapista que esta

 proveyendo los servicios.

 **7. Consentimiento Caducado:**

 Este consentimiento de tratamiento se vencerá a los 12 meses de la fecha en que se

 firmo, a menos que se especifique lo contrario.

**8.** **Derechos de los Clientes:**

Se le han proveído copias impresas de las próximas pólizas de Wellmore

Responsabilidades y Derechos del Cliente, Quejas del Cliente, Manejo de Conducta y Uso de Teléfono Celular, Computadora portátil y otras Cámaras

Firmando abajo yo afirmo que he recibido las pólizas notadas arriba y se me ha ofrecido la oportunidad de que me las explicaran.

Mi firma reconoce que [ ] me han explicado la información [ ] Yo he rechazado la oferta de que me las explicaran

**9.** **Seguros y pago:**

Yo entiendo que es mi responsabilidad tener el seguro medico e información de pago disponible en las citas, cuando sea apropiado. Pagos son requeridos en cada visita, si es aplicable

 **10.**  **Supervisión de los Niños:**

Es su responsabilidad supervisar a su hijo/a (o sus familiares) cuando están en la

 Propiedad de Wellmore en todo momento. Esto significa que debe estar presente

 Durante el tratamiento / servicios y listo para hacerse cargo de su hijo/a antes y

 después que salga de su cita**.**

 **11. Emergencias Medicas**

 Si usted tiene una emergencia medica mientras esta en Wellmore, el empleado de

 Wellmore responderá y asistirá evaluando la situación inmediatamente, consultando al

 Director Medico o persona asignada, y refiriéndolo a la sala de emergencias mas

Cercana o a su doctor personal para cuidado inmediato o cuidado de seguimiento. Si

Usted necesita cuidado de emergencia, llamaremos al 911 para una ambulancia.

Al firmar abajo reconozco que he leído y estoy de acuerdo con la

información que fue proporcionada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas

acerca de esta información, y doy mi consentimiento para la evaluación y

tratamiento. También atestiguo que tengo el derecho a dar mi consentimiento

para el tratamiento. Yo entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas al proveedor de servicios sobre la información listada arriba en cualquier momento.

 Le damos las gracias por haber elegido Wellmore para sus necesidades de salud mental y esperamos con interés trabajar con usted.

Incapaz de obtener la firma del cliente: [ ] El cliente se negó

[ ] Incapaz de firmar por limitaciones cognitivas/discapacidad

 [ ] Incapaz de firmar por causa de estrés agudo

 [ ] Incapaz de firmar por la edad

Firma del cliente o representante legal Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del empleado Fecha