

Partners in Recovery

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo a _____ a proveer evaluación y tratamiento.
(Nombre del proveedor)

servicios a _____.
(Nombre del cliente)

Acepto participar en el proceso de planificación de mi tratamiento lo mejor que pueda y notificaré a mi proveedor si ocurriera cualquier situación que no me permita participar del tratamiento.

Comprendo que este consentimiento seguirá teniendo validez siempre y cuando esté inscrito en Magellan Health Services de Arizona, en la Autoridad Regional de Salud del Comportamiento del Condado de Maricopa (RBHA, por sus siglas en inglés), o hasta que retire mi consentimiento.

Comprendo que al firmar este formulario de consentimiento, doy mi autorización al Departamento de Servicios de Salud de Arizona / División de Servicios de Salud Mental de Arizona, a todos los miembros del equipo de mi tratamiento clínico y a Magellan Health Services de Arizona, la RBHA, a acceder a toda mi información y registros.

Comprendo que toda la información reunida durante el curso de mi tratamiento es confidencial. Sin embargo, la información confidencial puede ser divulgada sin mi consentimiento según las leyes estatales y federales.

Nombre del cliente (impreso)

Firma del cliente:

Fecha

Padre/Tutor Legal

Fecha

Miembro del personal (testigo)

Fecha