

Consentimiento Informado Para Servicios de Salud Mental

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **ID del Cliente #:** _____

He recibido y entiendo los materiales enlistados a continuación que explican los procedimientos de la agencia: Manual de Orientación, Política y Acuerdo de Cuotas, Explicación de Seguro Médico (si aplica), Derechos del Cliente

Los servicios de salud mental pueden incluir: Evaluación de salud mental, Plan de tratamiento, Intervención de Crisis, Terapia individual, de familia o en grupo, Administración de caso, Evaluación psicológica, Apoyo comunitario, Evaluación psiquiátrica/Supervisión medicamentos psicotrópicos.

Los beneficios del tratamiento incluyen, pero no están limitados a: Mejorías en sus relaciones personales/interpersonales; mayor número de habilidades de enfrentamiento para ayudar a reducir el estrés; mayor satisfacción con la calidad de su vida; mejor perspectiva y conciencia personal; mayor número de habilidades para enfrentar problemas específicos; determinación de fortalezas y metas para el tratamiento, priorización de dichas metas, y la toma de decisión de cómo alcanzar las metas.

Los riesgos del tratamiento incluyen, pero no están limitados a: Personas importantes en su vida pudieran observar cambios en usted que pudieran afectar su relación; pudiera tener sentimientos desagradables tales como ansiedad, enojo, culpa, tristeza, soledad o impotencia u otros sentimientos que pudieran causar dolor, y/o ocasionarle recuerdos desagradables. El personal de apoyará para sobreponerse si surgen estas situaciones.

También deseamos informarle que hay otras alternativas de tratamiento disponibles, tal como trabajar con otro proveedor, modalidades de tratamiento específicas que Pillars Community Health no ofrece (biorretroalimentación, servicios residenciales, etc.). Le ayudaremos con referencias, si usted desea conocer más acerca de estos tratamientos alternativos.

Si está recibiendo servicios de telesalud, infórmele a su proveedor si estará fuera del estado durante el horario de su cita para que puedan reprogramarla durante un horario en el que usted estará en la ciudad. Nuestra política es que no proporcionamos servicios de telesalud si no se encuentra en el estado de Illinois.

Comunicación electrónica: el correo electrónico, los textos y otras formas de comunicación electrónica **NO** son confidenciales y no divulgaremos su información de salud protegida (PHI) a través de estos medios. Si usted desea comunicarse con nosotros utilizando estos medios para propósitos de programación de citas u otros propósitos que no incluyan PHI, por favor indique su consentimiento, firmando en la siguiente línea, **O --**

NO OTORGO MI CONSENTIMIENTO A SER CONTACTADO(A) A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO, TEXTO, U OTRA FORMA DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA.

Habiendo recibido dicha información, acepto el tratamiento ofrecido por Pillars Community Health.

Firma del Cliente (12 años o mayor)

Fecha

Firma de Padres a Guardián

Fecha

Firma del Personal

Fecha

Nota: Si el terapeuta tiene dudas acerca de la habilidad del cliente a dar su consentimiento, por favor explique en esta área.