



Autorización para Servicios de Tratamiento

Consent for Treatment Services

Nombre de la persona:

Fecha de nacimiento:

La División de Salud del Comportamiento (BHD, por sus siglas en inglés) del Condado de Multnomah brinda servicios de salud mental que pueden incluir los siguientes: evaluaciones; prueba de determinación del nivel de necesidad; observación; consulta; intervención sobre el entorno; tratamiento o coordinación de atención individual, grupal y familiar; administración de casos; reuniones de equipo para niños y familias; servicios en situaciones de crisis y/o información y remisiones para servicios de salud mental o evaluación y remisión únicamente. Los servicios pueden proporcionarse en persona, por teléfono o vía telemedicina.

RIESGOS Y BENEFICIOS

El objetivo del tratamiento de salud mental es disminuir determinados síntomas de salud mental. El tratamiento implica algunos riesgos:

Los síntomas podrían empeorar antes de mejorar o podrían persistir incluso después de que se complete el tratamiento. Pueden aparecer nuevos síntomas o problemas con el tratamiento durante el transcurso del tratamiento. El avance de los síntomas o problemas de salud mental puede producir cambios que pueden alterar patrones de vida o relaciones interpersonales. Los medicamentos psiquiátricos, si se recetan, pueden tener efectos secundarios que podrían necesitar monitoreo o control.

El tratamiento también podría ofrecer beneficios:

Las personas que participan en tratamientos de salud mental a menudo adquieren habilidades que les ayudan a sobrellevar emociones difíciles, cambian patrones de pensamiento destructivos, mejoran la comunicación interpersonal y tienen un impacto positivo en la conducta general y el bienestar personal.

RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL/DE LA CLIENTE

Certifico que he recibido la siguiente información por escrito y que me la han explicado:

Si no le han dado la oportunidad de revisar estos documentos o si los necesita en un idioma diferente, comuníquese con el personal de la clínica o con un empleado de la División de Salud del Comportamiento.

- Una descripción de mis derechos individuales, y/o los derechos de mi hijo(a), como cliente de la BHD del Condado de Multnomah.
- Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP). El Aviso de Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) describe las prácticas de privacidad y confidencialidad del Departamento de Salud del Condado de Multnomah y de la BHD.
- Folleto y formulario de quejas (reclamo) de la BHD. También entiendo que si no estoy satisfecho(a) con los servicios, puedo iniciar una queja/un reclamo de manera verbal o por escrito con cualquier miembro del personal o a través de mis servicios, puedo iniciar una queja/un reclamo de manera verbal o por escrito con cualquier miembro del personal o a través de mi representante.
- **Únicamente para clientes de 18 años de edad y mayores:** Recibí información sobre cómo completar una Declaración para el tratamiento de la salud mental.
- **Únicamente para clientes de 17 años de edad y mayores:** Recibí información sobre el registro de votantes.
- **Para padres o tutores legales:** Se me ha informado y estoy de acuerdo en que el personal de la BHD del Condado de Multnomah puede coordinarse con la persona directamente, ya sea en persona, por teléfono, por correo electrónico o por video.



Autorización para Servicios de Tratamiento Consent for Treatment Services

Información sobre la cobertura de seguro

La ley federal exige que si los servicios de salud mental para usted o su hijo(a) están cubiertos por el Plan de Salud de Oregon, se haga todo lo posible por garantizar que la División de Programas de Asistencia Médica (DMAP, por sus siglas en inglés) de Oregon sea el pagador en última instancia. Si usted o su hijo(a) están cubiertos por un seguro comercial o cuenta con cualquier otra fuente de pago, es posible que se le solicite que firme una autorización para facturar estos servicios. Su capacidad de pago no impedirá que usted reciba los servicios.

Estimación de costos

Esta estimación de buena fe es válida hasta que finalicen los servicios. Independientemente de su situación, tipo o cobertura de seguro médico, la División de Salud del Comportamiento del Condado de Multnomah tiene la política de no facturarle nunca los servicios.

Diagnóstico primario/secundario: Desconocido al momento de la programación de la cita. Diagnóstico por determinarse.

Servicios: T1023, H2011, 99212, 90791, 90792, 90832, 90846, 90847, 90849, 90853, 90882, H0004, H0032, H0038, H2010, H2014, H2023, H2032, T1016

Usted paga: \$0.00

Autorizo que se brinden los servicios según lo descrito. Otorgo voluntariamente mi consentimiento informado para recibir los servicios a partir de la fecha de hoy y hasta que finalice el tratamiento. Comprendo que puedo revocar esta autorización verbalmente o por escrito en cualquier momento ante cualquier miembro del personal de la BHD. He leído y entiendo la estimación de costos incluida arriba.

Firma del/de la cliente/tutor(a)	Fecha y hora de la firma electrónica
----------------------------------	--------------------------------------

Correo electrónico del/de la cliente/tutor(a)	Número de teléfono del/de la cliente/tutor(a)
---	---

Correo electrónico del miembro del personal de la BHD	Fecha de entrega por parte del miembro del personal de la BHD
---	---