



Behavioral Health and Recovery Services
Jenine Miller, Psy.D., Director of Behavioral Health
Providing Mental Health and Substance Use Disorders Treatment Services



Ukiah Offices: 1120 S. Dora St. • Ukiah • CA • 95482 • (707) 472-2300 • FAX (707) 472-2306
Fort Bragg Offices: Avila Center • 790-B S. Franklin St. • Fort Bragg • CA • 95437 • (707) 961-2665 • FAX (707) 961-2698
Willits Integrated Services Center: 125 E. Commercial St. • Willits • CA • 95490 • (707) 456-3850 • FAX (707) 456-3808

SOLICITUD DE SERVICIOS Y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, _____, por la presente presento una solicitud para recibir atención y tratamiento voluntariamente del Programa de Salud Mental de los Servicios de Recuperación y Salud del Comportamiento del Condado de Mendocino (MCBHRS). Entiendo que dicha atención y tratamiento pueden consistir en un proceso de evaluación, psicoterapia y, en algunos casos, medicamento.

Si esta aplicación es aceptada, los servicios de Salud Mental del Condado de Mendocino están autorizados para suministrar el tratamiento descrito encima. Sin embargo, con este consentimiento, no estoy renunciando a mis derechos civiles. Yo me reservo el derecho de declinar el tratamiento, aunque eso vaya contra de una recomendación medica. Entiendo aún más que tengo el derecho continuo a una explicación del tratamiento administrado, y que puedo expresar cualquier descontento con el representante del programa de los Derechos del Paciente llamando al (707) 463-4614.

Entiendo aún más que mis archivos se consideran confidenciales y no serán divulgados a individuos ni agencias exteriores sin mi consentimiento escrito o expresado. Sin embargo, yo me doy cuenta de que cierta información se puede divulgar sin mi autorización bajo las circunstancias siguientes:

1. A profesionales cualificados para prestarme servicios.
2. Al presentar una tutela.
3. Para hacer un reclamo de asistencia médica o seguro en mi nombre.
4. Al recibir una citación u orden judicial legítima.
5. A las agencias de aplicación de la ley, si la información es relevante para una amenaza hecha a un oficial federal o estatal o a sus familias.
6. En caso de emergencia médica válida.
7. Si la información es relevante para la investigación de una acusación de abuso infantil o abuso de ancianos.
8. Cuando una amenaza física contra otra persona requiera revelación.
9. Las que exija la ley para la administración de justicia.

Sus derechos con respecto al intercambio electrónico de información de salud:

Participamos en el intercambio electrónico de información médica con otros proveedores de atención médica, planes de salud, otras entidades relacionadas con la atención médica y otros, a través de SacValley MedShare, un intercambio de información médica (HIE). Sus expedientes médicos electrónicos, incluida cierta información médica confidencial, por ejemplo, información sobre salud mental, VIH/SIDA, información genética, cierta información sobre tratamientos para el abuso de alcohol y drogas, enfermedades transmisibles y



Behavioral Health and Recovery Services
Jenine Miller, Psy.D., Director of Behavioral Health
Providing Mental Health and Substance Use Disorders Treatment Services



tratamientos para discapacidades intelectuales y del desarrollo, pueden estar accesibles a través del HIE para usuarios autorizados para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, así como para otros fines permitidos o exigidos por la ley, a menos que envíe una solicitud de exclusión en línea a través de www.sacvalleymys.org.

Si no desea que sus registros de salud electrónicos se compartan y utilicen a través del HIE, puede optar por no participar en el HIE enviando su solicitud de exclusión en línea en www.sacvalleymys.org.

Incluso si opta por no usar y divulgar su información de salud a través del HIE, parte de su información aún puede estar disponible a través del HIE para personas debidamente autorizadas según sea necesario en una emergencia, Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados o para reportar información específica a una agencia gubernamental según lo exija la ley (por ejemplo, informar sobre ciertas enfermedades transmisibles a incidentes sospechosos de abuso).

Entiendo y acepto que me ofrecieron asistencia lingüística gratuita y entiendo que tengo derecho a dicha asistencia en cualquier momento durante mi tratamiento.

Entiendo y acepto las condiciones anteriores para recibir tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma de Paciente/ Cliente

Firma: _____ Fecha: _____
Firma de Testigo

Este consentimiento debe ser firmado por el cliente, o por el más cercano relativo o el guardián si el cliente es un menor o es física o mentalmente incompetente. Complete lo siguiente si el cliente no firma:

Motivo por el cual el cliente no puede firmar

Fecha

Firma de Padres o Guardián

Relación

NOTE TO STAFF: At time of signing this document client should also sign HIPAA receipt and UMDAP.



**RECONOCIMIENTO DE RECIBO
AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y OTRA INFORMACIÓN**

Al firmar este formulario, reconoce haber recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Mendocino, Departamento de Salud Mental. Este aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo el condado puede usar y divulgar su información de salud protegida (PHI), incluida la PHI almacenada electrónicamente, y sus derechos sobre su expediente médico y otra información importante. Por favor lea el aviso de prácticas de privacidad en su totalidad.

Además de recibir nuestro aviso de prácticas de privacidad, también se le proporciono la siguiente información:

- ♦ Lista de Proveedores
- ♦ Folleto de guía para servicios de salud mental de Medí-Cal
- ♦ Folleto para miembros del Plan de Salud Mental
- ♦ Folleto de sus derechos para tomar decisiones acerca de su tratamiento Médico (Directiva avanzada)
- ♦ Folleto del proceso de Quejas y Apelaciones
- ♦ Folleto para petición para cambio de proveedor
- ♦ Folleto para petición para una segunda opinión
- ♦ Apoyo de los Derechos del Paciente
- ♦ Folleto de Medí-Cal de aviso de privacidad

El Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) ofrece una línea gratis con asistencia de intérpretes y servicios TTY/TDD para los beneficiarios que requieran, o tengan acceso a los servicios. Estos servicios pueden solicitarse con cualquier proveedor del Plan de Salud Mental o llamando al 1-800-555-5906.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior, comuníquese con:

Mendocino County Behavioral Health & Recovery Services
Mental Health Program
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482
(707) 472-2300 FAX: (707) 472-2306

Confirmo haber recibido

Firma: _____ Fecha: _____
(Cliente/Padre/Conservador/Guardián)

Inhabilidad para obtener reconocimiento: Describa los esfuerzos hechos para obtener reconocimiento y las razones por las que no se obtuvo:



Behavioral Health and Recovery Services
Jenine Miller, Psy.D., Director of Behavioral Health
Providing Mental Health and Substance Use Disorders Treatment Services



Firma del Proveedor o Representante: _____ Fecha: _____

Aviso: Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad es sujeto a cambios. Si nosotros cambiamos el aviso, usted puede obtener una copia entrando a nuestro sitio de web en www.mendocinocounty.org/bhrs o llamando a la recepción de nuestra oficina en Ukiah al (707) 472-2300 o Fort Bragg al (707) 961-2665.