



Consentimiento de Admisión

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre/ Representante legal (si aplica): _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN: Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que mi hijo / yo ("Cliente" individual mencionado arriba) participe en la evaluación y tratamiento de salud mental y abuso de sustancias a través de IMPOWER y The Grove Counseling Center, Inc. (The Grove). Autorizo servicios consistentes con el nivel de necesidades según mi evaluación. Certifico que entiendo completamente el tratamiento. Me han informado sobre el propósito y la estructura del programa al que estoy admitido y el período de tiempo previsto para el tratamiento.

También doy mi consentimiento para que las siguientes personas / organizaciones participen en el tratamiento del cliente mencionado anteriormente.

Entiendo que estas personas necesitarán tener acceso a la información de salud protegida para el propósito de la evaluación, el tratamiento y las operaciones de Atención médica

Referencia

1. _____
2. _____
3. _____

Consentimiento para recibir servicios de Telehealth

Doy mi consentimiento para que la persona mencionada anteriormente reciba servicios de salud conductual abuso de sustancias a través de telehealth. He sido informado de mis diagnósticos y he propuesto un plan de tratamiento de telehealth. Entiendo que la persona nombrada recibirá servicios de atención médica a través de una plataforma interactiva, segura y basada en la web a través de Internet

Entiendo que estaré orientado al equipo y al proceso antes de iniciar los servicios de telehealth. Entiendo que la participación de mi hijo o de mi hijo, en cualquier momento en telehealth, es voluntaria y que puedo negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento. Entiendo que mi negativa a participar o la decisión de dejar de fumar se documentarán en mi expediente médico.

Entiendo que la privacidad y la confidencialidad de la persona mencionada anteriormente estarán protegidas en Todo momento. También entiendo que la probabilidad de que una persona ajena intercepte una videoconferencia es similar A la posible interceptación de una llamada telefónica. Cuando recibo servicios a través de telehealth, se me notificará quién Está en la habitación en el sitio remoto.

Entiendo que los proveedores de atención médica tanto de mi ubicación como de mi hijo y del sitio de video remoto tendrán acceso a cualquier información médica relevante sobre mi hijo / a, incluida cualquier información psiquiátrica y / o psicológica, abuso de alcohol y / o drogas y mental registros de salud.

Además, doy mi consentimiento para que se comparta y use la información para la atención médica, la investigación y la colaboración con los médicos tratantes y de investigación.

LA INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA CON OTROS PROGRAMAS IMPOWER / THE GROVE. PRIVACY EXCEPTIONS:

Yo, el que suscribe, reconozco que en algunas circunstancias, IMPOWER / The Grove está obligado a informar información privada sobre su hijo o usted. Tenemos el deber de reportar sospechas de abuso y negligencia infantil al estado de Florida. Tenemos el deber de advertir a las posibles víctimas si creemos que sus vidas están en peligro. Otras excepciones a la privacidad se explican en el Aviso de privacidad

NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS: De conformidad con las Estatutas de la Florida, yo, el abajo firmante, reconozco que se le puede solicitar al Director Médico, o persona designada, que informe cualquier enfermedad contagiosa que el cliente mencionado anteriormente pueda tener, o se sospeche que tenga, que pueda representar una amenaza significativa para el público en general durante el curso del tratamiento.

AUTORIZACIÓN DE FINANCIACIÓN: Autorizo a mi agencia de financiamiento a pagar los servicios directamente a IMPOWER / The Grove. Entiendo que seré responsable de los cargos que esta fuente de fondos no cubre. Además, entiendo que la información de salud protegida deberá ser divulgada a la fuente de financiación mencionada anteriormente para procesar reclamos y obtener un reembolso

PROCEDIMIENTO AGRAVIADO: Si no está satisfecho con los servicios que recibe del personal asignado a su hijo o a usted, o si desea presentar una queja, llame al administrador del programa correspondiente. Si no está satisfecho con la respuesta del administrador del programa, puede enviar una queja por escrito al director del programa correspondiente, quien responderá a su reclamo dentro de los 14 días. Si no está satisfecho con la respuesta del Director del Programa, puede enviar su queja por escrito al Vicepresidente de Gestión de la Calidad. El VP de calidad tomará una decisión dentro de 14 días, que será definitiva. Una copia del procedimiento de queja completo está disponible a pedido.

CONSENTIMIENTO PARA EL URINÁLISIS: Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para proporcionar muestras de orina para el análisis cuando lo solicite IMPOWER / The Grove. Entiendo que el análisis de orina puede usarse para evaluar mi necesidad de tratamiento y / o controlar mi progreso en el tratamiento. Entiendo que la observación visual de la recolección de orina por parte del personal puede ser necesaria y, si se lleva a cabo, será realizada por una persona del mismo sexo que el cliente. Entiendo que los resultados del análisis de orina son confidenciales, salvo que haya dado mi consentimiento para la divulgación de esta información o según lo requiera la ley.

CONSENTIMIENTO PARA BÚSQUEDA Y CONVULSIÓN: Yo, el abajo firmante, entiendo que hay momentos en que IMPOWER / El personal de Grove puede necesitar realizar búsquedas de mis pertenencias o personas a fin de mantener la seguridad y la seguridad de las instalaciones.

Entiendo que puedo revocar el consentimiento para lo anterior en cualquier momento; sin embargo, no puedo revocar el consentimiento para una acción que ya se haya tomado. Una copia de este lanzamiento será válida como el original.

Recibí una copia del "Aviso de prácticas de privacidad". Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo cuidadosamente.

Recibí una copia de la Guía del cliente de divulgación / Mis derechos que describe mis derechos y responsabilidades, incluso a quién contactar para quejas y reclamos.

Certifico que soy el custodio legal (padre biológico o adoptivo) del niño mencionado anteriormente o que he presentado el siguiente documento legal que me nombra como el tutor legal del niño autorizado a dar mi consentimiento para la salud mental y / o atención médica: Tribunal orden firmada por un juez o declaración notariada firmada por el padre

Firma del cliente

Fecha

(Si el cliente es menor de edad) Firma del tutor legal

Fecha

Firma de testigo

Fecha