

CHILDREN'S HEALTH



Consentimiento para la evaluación y tratamiento de la salud conductual (Recomendación basada en la escuela) Consent for Behavioral Health Screening and Treatment (School Based Recommendation)

CONSENT CMC82900-001NS Rev. 6/2019

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento:

Nombre del escuela:

Administrador de cuidados de la salud conductual:

Yo soy el Paciente o el / la Representante Legalmente Autorizado / a (p. ej. la madre, el padre o tutor) del Paciente. Por recomendación del la escuela del Paciente o el pediatra como parte del plan de tratamiento del Paciente, solicito y doy mi consentimiento para que el Paciente sea atendido por el Administrador de cuidados de la salud conductual (BHCM, por sus siglas en inglés), quien es un consejero profesional con licencia, un trabajador social clínico con licencia, o un terapeuta matrimonial y de familia con licencia en un hospital, instalación, entidad o programa de Children's Health System of Texas ("Children's Health"). Entiendo que el tratamiento del paciente por parte de un BHCM de Children's Health es específico a la evaluación de la salud conductual, el tratamiento a corto plazo, la administración del caso y / o los servicios de consejería y no es un sustituto del tratamiento médico. El BHCM que trabaje con el Paciente me mantendrá informado / a con respecto a los servicios de salud conductual que se presten y la duración anticipada de los servicios. Entiendo que Children's Health es un prestador independiente de servicios y el BHCM de Children's Health no es empleado ni está bajo el control de la escuela del paciente. Entiendo que la evaluación telefónica inicial y la administración telefónica continua del caso son proporcionadas sin costo hacia mí o mi hijo / a. Ningún servicio que genere una factura me será brindado a mí o a mi hijo / a sin mi autorización por escrito.

Los servicios de salud conductual de Children's Health tienen la intención de brindar apoyo a las necesidades de salud conductual del Paciente. El BHCM que trabaje con el Paciente no llevará a cabo las evaluaciones con el propósito de determinar la aptitud para obtener custodia parental y no hará recomendaciones relacionadas a la custodia. Al firmar este consentimiento, es acordado que el Paciente y los tutores legales no peticionarán o citarán al BHCM de Children's Health para atestiguar en ninguna disputa para la obtención de la custodia.

Entiendo que tanto Children's Health, el BHCM, los Pacientes de las escuela y otros proveedores pueden compartir, intercambiar y divulgar información sobre el Paciente incluyendo la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) del Paciente con propósitos del tratamiento, pago y operacionales, y autorizo dicho uso y divulgación por vía electrónica y por otros métodos. Esta autorización incluye la divulgación del diagnóstico, historial, condición médica y / o tratamiento del Paciente y puede que incluya información relacionada a estudios o asesoría genética, información sobre enfermedades contagiosas incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana ("VIH") y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida ("Sida"), expedientes relacionados al tratamiento de la salud mental o cuidados psiquiátricos y al diagnóstico o tratamiento para el abuso del alcohol u otra sustancia.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificándole al BHCM de Children's Health.

Firma del paciente / Representante legalmente autorizado Fecha Hora

Nombre en letra de molde del Paciente / Representante legalmente autorizado Parentesco con el Paciente

Firma del testigo / Intérprete Fecha Hora

Nombre en letra de molde de testigo / Intérprete