Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ haber recibido una copia de la Guía para el consumidor que tiene información sobre los siguientes temas: Derechos del Consumidor y Responsabilidades, Políticas de la Compañía y Procedimientos, Confidencialidad y Divulgación de Políticas de Información, Aviso de prácticas de privacidad, Procedimiento de Quejas y Recomendaciones para casos de emergencia después de Hours.I consentimiento para el tratamiento y entiendo que toda la información, incluyendo la evaluación del cliente, notas de progreso, etc., están tratados con estricta confidencialidad y que ninguna información, ya sea verbal o escrito, será compartida sin el consentimiento por escrito del tutor legal (si el cliente se encuentra bajo la de 18 años). Entiendo que las personas responsables de la atención a través de la OPCS necesitarán tener acceso a información confidencial con el propósito de la evaluación y el tratamiento de coordinación. Por ley,

* Si el abuso o descuido de un menor de edad, persona con discapacidad o de edad avanzada se informa o se sospecha, el proveedor tiene la obligación legal de informe se refieren al Departamento de Niños y Familias
* Si, durante los servicios, el profesional recibe información de que la vida de alguien está en peligro, ese profesional tiene la obligación legal de advertir a la persona amenazada.
* Si OPCS o el personal testimonio es citado por orden judicial, estamos obligados a producir registros o ante el tribunal para responder preguntas sobre el cliente.

Por favor, cuadro A y B si acepta lo anterior y consentimiento para el tratamiento inicial; cuadro inicial C sidar su consentimiento para la OPCS para coordinar la atención con mi PCP y firme abajo.

[ ]  A. Me consentimiento al tratamiento en el hogar, la escuela, la oficina OPCS y Telemedicina(Teléfono a través de Visual / Computer)

[ ]  SI. Doy mi consentimiento para la coordinación de la asistencia con el médico de atención primaria cuando sea apropiado clínicamente. I also autorizar al personal de la OPCS, Inc. para lanzar actualizaciones mensuales con respecto a los cambios de medicación al médico de atención primaria con el propósito de continuidad en el cuidado de su caso. Doy mi consentimiento para coordinación de la atención, que puede incluir compartir información verbalmente o por escrito a través de notas de psicoterapia relacionados con el tratamiento de mi / mi hijo con todo el personal OPCS y el personal contratado cuando sea apropiado clínicamente.

[ ]  C. No doy consentimiento para OPCS para coordinar la atención con mi PCP, marcar esta casilla, estoy rechazando el consentimiento

Yo entiendo que debo revelar la cobertura del seguro. Si el fallo I divulga resultados servicios se dará por terminado.

Reconozco que la información de esta página ha sido explicado. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por acción que ya ha sido tomada. Una copia de esta forma tendrá la misma validez que el original para un período de un año desde la fecha de la firma.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Firma del cliente:**  |  | **Fecha:** |  |
| **Firma del Padre / Tutor**: |  | **Fecha:** |  |
| **Firma de testigo:** |  | **Fecha:** |  |