



Salud Mental del Condado de Monterey

Consentimiento Informado

PERSONA EN CUIDADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
PERSONA DANDO EL CONSENTIMIENTO: _____ RELACIÓN AL CLIENTE: _____

PROPÓSITO

Yo quiero recibir servicios para mí o para mi hijo/a del Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey (MCBH por sus siglas en inglés). Yo fui informado que este documento contiene información sobre los servicios del MCBH que pudieran ayudarme en decidir si los servicios del MCBH son adecuados para mí. Mi proveedor del MCBH me habló sobre la información en este documento y respondió a mis preguntas para que yo pudiera entender esta información.

Si yo soy un menor, yo fui informado de los servicios disponibles a menores y como estos servicios pueden ser diferentes a los servicios de los adultos. Y también se me dio la forma del consentimiento de un menor del MCBH.

MIS DERECHOS

Yo fui informado sobre mis derechos o los derechos de mi hijo/a como cliente del MCBH, tal como que tengo el derecho a pedir una copia de mi expediente médico y el derecho a pedir que la información confidencial sobre mí sea compartida con terceras personas. Además, se me provee el documento de los Derechos del Consumidor del MCBH. Para programas de servicios para el tratamiento de abuso de sustancias, esta información está disponible dentro del Manual de Beneficiario de Servicios para Trastornos de Consumo de Sustancias.

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo fui informado de como el MCBH protegerá mi privacidad o la privacidad de mi hijo/a y mantendrá confidencial mi información de salud o la salud de mi hijo/a. A mí me han ofrecido una copia de la Notificación de las Prácticas de Confidencialidad del MCBH, la cual contiene información sobre como mi información confidencial de salud o la de mi hijo/a pudiera ser usada y divulgada bajo la ley. Yo entiendo que en ciertas situaciones, la información será divulgada, por ejemplo si existe una sospecha razonable de abuso infantil, abuso de gente mayor, y si existe una amenaza a mi seguridad física o a la seguridad de otras personas. Para programas de servicios para el tratamiento de abuso de sustancias, esta información está disponible dentro del Manual de Beneficiario de Servicios para Trastornos de Consumo de Sustancias.

SERVICIOS

Yo fui informado que los servicios del MCBH se enfocan en problemas de salud mental y abuso de sustancias. Yo estoy consciente que la información y la historia mía o de mi hijo/a pudieran ser compartidos entre los programas de salud mental y los programas de abuso de sustancias y sus proveedores con el propósito de proveer tratamiento. Yo fui proveído con la Autorización para el Uso, Intercambio, y/o Divulgación de Información Confidencial de Salud Mental dentro del Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey.

También yo fui informado sobre los varios tipos de servicios proveídos por el MCBH. Yo estoy consciente que mis necesidades pueden no requerir todos estos diferentes servicios. Un proceso de evaluación interactivo que involucre a un proveedor del MCBH y a mí, mi hijo/a (cuando aplica) determinará la cantidad y los tipos de servicios que se ofrecerán y proveerán.

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LOS SERVICIOS

Yo fui informado que los servicios de salud mental pueden tener riesgos y beneficios. Yo estoy consciente que los servicios de salud mental podrían incluir discusiones sobre aspectos difíciles en mi vida o en la vida de mi hijo/a y el hacer cambios a los medicamentos psiquiátricos que yo o mi hijo/a pudiera estar tomando. Yo o mi hijo/a podría experimentar sentimientos incómodos como tristeza, sentimiento de culpa, enojo, frustración, soledad y desamparo. Yo o mi hijo/a también podría experimentar un incremento en los síntomas al ir trabajando en problemas míos o de mi hijo/a o a través de los cambios hechos a medicamentos míos o de mi hijo/a para que estos trabajen de acuerdo con mis necesidades.

Yo también estoy consciente que los servicios de salud mental han demostrado tener beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia podría ayudarme a mejorar mis relaciones, a darme soluciones para problemas específicos, y a reducir considerablemente las emociones relacionadas con el estrés. Los medicamentos psiquiátricos podrían aliviar síntomas de problemas de salud mental.

Yo fui informado que no puede haber certeza sobre lo que yo o mi hijo/a experimente al ir recibiendo servicios y que tan exitosos serán los servicios que yo o mi hijo/a reciba. Yo entiendo que no hay una “fórmula mágica” para los servicios de salud mental. Se requiere una inversión de tiempo y esfuerzo de todas las personas envueltas en el tratamiento y estar abiertos a como el cambio y el éxito pueden darse.

LOS SERVICIOS SON VOLUNTARIOS

Yo fui informado que la participación en los servicios del MCBH es voluntaria, con la excepción de ciertas situaciones en las cuales el MCBH es legalmente requerido a proveer servicios, incluso si es en contra de su voluntad, como la hospitalización involuntaria de 72 horas bajo la ley 5150 o la tutela legal.

Yo también fui informado que, aunque sea ordenado por la Corte a participar como parte de un caso de justicia juvenil, criminal, o un caso de dependencia (CPS por sus siglas en inglés), yo aún puedo elegir no participar en los servicios del MCBH. Yo soy consciente que las consecuencias que podrían surgir por mi decisión de no participar en servicios ordenados por la Corte son mi responsabilidad. Se me recomendó que hablara con mi abogado o el abogado de mi hijo/a, con el oficial de libertad condicional, y/o con el trabajador del CPS para hacer la mejor decisión posible sobre participación en servicios ordenados por la Corte.

ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS

La elegibilidad para los servicios del MCBH es determinada por una combinación de leyes, regulaciones, y pólizas del MCBH. Yo fui informado que, si una evaluación determina que yo o mi hijo/a ya no somos elegible para los servicios del MCBH, las razones de esta decisión serán discutidas conmigo. Yo también seré proveído con una Notificación de Acción del MCBH que explicará estas razones y da información del proceso de apelación. Después se me darán información de otros proveedores de servicios que pudieran satisfacer necesidades mías o las de mi hijo/a.

PROVEEDORES DE SERVICIOS DEL MCBH

Yo fui informado que los proveedores del MCBH tienen diferente procedencia en el campo educativo y profesional y tienen una variedad de niveles de experiencia y licenciatura. Los proveedores del MCBH solamente proveen servicios que son permitidos por la ley por su específica educación, experiencia, profesión y licencia.

Yo fui informado que parte del personal del MCBH son profesionales sin licencia que están en el proceso de completar sus requisitos para obtener su licencia clínica. Estos clínicos/proveedores están autorizados por la ley a proveer servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia.

Yo o mi hijo/a podría recibir servicios de algunas de estos proveedores. Ellos se identificarán claramente a sí mismos, e identificarán a su supervisor con licencia. A mí se me proveerá la forma Clínico sin Licencia del MCBH antes de que ellos me den servicio. Yo podría llamar al Clínico con Licencia quien supervisa si tengo preguntas sobre este arreglo. Para los Servicios de Tratamiento de Abuso de Sustancias, las personas que no cumplan con los criterios señalados anteriormente estarán registrados y / o certificados por las juntas certificadoras apropiadas según como lo exijan las reglamentaciones. Muchas veces, a este personal se lo conoce como Proveedor Certificado o Registrado de Tratamiento de Alcohol y Drogas

DISPONIBILIDAD DE LOS PROVEEDORES DEL MCBH Y LOS SERVICIOS DE CRISIS/EMERGENCIAS

Yo fui informado que los proveedores del MCBH están generalmente disponibles durante horas de trabajo regulares del Condado, las cuales son de 8 A.M. a 5 P.M., de lunes a viernes con excepción de días feriados del Condado. Yo también fui informado sobre las horas alternativas si el programa que está brindando servicios a mí o a mi hijo/a tiene diferentes horarios disponibles.

Si el proveedor del MCBH que está trabajando conmigo no está disponible durante las horas de trabajo, yo o mi hijo/a puedo dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor si es que tiene uno disponible. Yo o mi hijo/a también puedo contactar al supervisor del proveedor o al proveedor designado para ese momento si es que necesito hablar con alguien durante las horas de trabajo. Los programas que requieren ofrecer servicios de emergencia, la información estará disponible por medio del programa.

Para temas no urgentes y después de las horas de trabajo, yo o mi hijo/a podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor (si es que tiene uno disponible) o en el servicio telefónico disponible fuera de horas de trabajo del MCBH. Para situaciones urgentes o de crisis, mi hijo o yo podemos comunicarnos con la línea de acceso de MCBH 24/7 al 888-258-6029 y seguir las indicaciones para comunicarnos con el Equipo de Crisis. También podemos comunicarnos con el Equipo de Respuesta Móvil para Niños y Adolescentes (MRT) que es operado por Seneca para crisis comunitarias al 831-687-4379.

Para emergencias, se nos informó a mi familia o a mí que deberíamos llamar al 911. Los programas que requieren ofrecer servicios de emergencia, la información estará disponible por medio del programa.

CAMBIO DE CLÍNICO/PROVEEDOR

Yo fui informado que puedo pedir un cambio de proveedor del MCBH en cualquier momento, al completar una forma Cambio de Clínico del MCBH, la cual está disponible en todas las clínicas del MCBH. También fui informado que el pedir un cambio de proveedor no garantiza el cambio. Pudiera haber problemas

administrativos o clínicos significantes que no permitan hacer el cambio posible. Un supervisor o gerente del MCBH me indicara la razón(es) por la cual el cambio no es posible. Para programas de servicios para el tratamiento de sustancias, yo puede pedir este cambio directamente al gerente o supervisor del programa.

CUOTAS Y COBROS DE MEDI-CAL, MEDICARE, Y/U OTRO SEGURO MEDICO

Yo fui informado que el MCBH me pedirá que provea mi información financiera anual. Esta información será usada para calcular los honorarios de los servicios por los que yo podría ser responsable. Para programas de servicios de tratamiento de abuso de sustancias, los Beneficiarios de "Drug Medi-Cal" (por sus siglas en inglés), el financiamiento de Medi-Cal de Medicamentos se aceptará como pago total.

Yo también fui informado que el MCBC mandara primero cobrar al seguro médico privado y posteriormente le mandara cobrar a Medicare y/o MediCal. Yo consultaré con mi seguro médico privado, con mi trabajador social del Medicare, y/o con el trabajador de elegibilidad del Medi-Cal si es que tengo preguntas sobre la cobertura, el deducible y copagos míos o de mi hijo/a.

Si yo o mi hijo/a tiene un seguro médico privado o Medicare, yo fui proveído con la forma Autorización para Cobrar a un Seguro Médico Privado o la forma de Medicare.

DOCUMENTOS ADICIONALES PARA PERSONAS EN CUIDADO DE MEDI-CAL

Si yo o mi hijo/a tengo Medi-Cal, yo fui ofrecido el libreto Guía para Servicios de Salud mental de Medi-Cal, el cual contiene detalles sobre beneficios míos o de mi hijo/a de salud mental como beneficiario de Medi-Cal.

QUEJAS Y RECLAMACIONES

Yo fui informado que podía registrar una queja o reclamación si estoy insatisfecho con los servicios que recibí yo o mi hijo/a del MCBH. Yo no seré o mi hijo/a no será sujeto a ninguna multa o castigo por haber registrado una queja, reclamación, o apelación. Yo fui ofrecido una copia del documento Resolución de Problema del MCBH, el cual explica cómo puedo registrar una queja, reclamación o apelación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar abajo, yo reconozco que entendí la información contenida en este documento. Yo acepto recibir servicios de salud mental o/y tratamiento de servicios de abuso de sustancias.

Firma del Persona en Cuidado: _____

Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____

Fecha: _____

Firma del Personal: _____

Fecha: _____