



**Monterey County Behavioral Health
Treatment Plan Participation Consent
Condado de Monterey, División de Salud de Conducta
Consentimiento de Participación de Plan de Tratamiento**

Treatment Plan Start Date/Fecha en que comienza el Plan de Tratamiento: _____

Treatment Plan End Date/Fecha que finaliza el Plan de Tratamiento: _____

By signing this I acknowledge that I have taken part in the completion of my Treatment Plan
Al firmar, reconozco que he participado en la realización de mi plan de tratamiento.

Client Signature / Legal Guardian
Firma del cliente/ Guardián Legal

Client given a copy of the treatment plan? Yes/Si No
¿Se le entregó una copia del Plan de Tratamiento al Cliente?