



Salud Mental del Condado de Monterey

Consentimiento de un Menor

PERSONA EN CUIDADO: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO DE UN MENOR

Yo quiero recibir servicios por parte del Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey (MCBH por sus siglas en inglés). Yo sé que yo puedo cambiar mi decisión de recibir servicios aquí cuando yo quiera. Yo puedo dar consentimiento sobre estos servicios ya que: (marque todas las opciones que apliquen)

- Yo soy un menor buscando servicios "sensitivos" (por ejemplo, servicios de salud mental para pacientes no hospitalizados y/o tratamiento para el abuso de sustancias).
- Yo estoy emancipado (por ejemplo, casado, activo en las fuerzas armadas de los E.U., o por orden de una corte).
- Yo soy un menor auto suficiente (15 años o mayor, viviendo separado de mis padres/guardián legal y a cargo de mis propias finanzas).

EQUIPO PARA EL CUIDADO DE SALUD DEL MCBH

A mí se me ha mencionado como los servicios serán proveídos. Yo entiendo que:

- El equipo para el cuidado de salud del MCBH puede consistir de especialistas en diferentes disciplinas y con diferentes licencias.
- Algunos de los miembros del equipo para el cuidado de salud pudieran estar en capacitación, trabajando para obtener diplomas en psicología, trabajo social, terapia familiar y matrimonial, enfermería y/o psiquiatría.

MI PRIVACIDAD

A mí se me ha mencionado sobre como el MCBH protegerá mi privacidad y mantendrá privada mi información de salud. A mí se me ha ofrecido una copia de la Notificación de las Practicas Privadas del MCBH, la cual tiene información sobre como mi información privada de salud pudiera ser usada y divulgada bajo la ley. Yo entiendo que bajo ciertas circunstancias, la información deberá ser divulgada, por ejemplo, si existe una sospecha razonable de abuso infantil, o si existe una amenaza a mi seguridad física o a la seguridad física de otros. Yo también entiendo que si yo estoy recibiendo servicios conformes al consentimiento de menores para "servicios sensitivos", mi proveedor involucrará a mis padres/guardián legal, a menos de que sea inapropiado.

EL COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS

Yo entiendo que miembros del equipo para el cuidado de salud del MCBH:

- Pudieran compartir mi información privada de salud entre ellos para así coordinar o evaluar mi cuidado.
- Pudieran compartir mi información privada de salud con profesionales del cuidado de salud para así proveerme mejores servicios. Por ejemplo, miembros del equipo pudieran sugerir que yo obtenga servicios de alguien más en la comunidad.
- Pudieran compartir información dentro del mismo programa, dentro de sus mismas actividades, por ejemplo para mejorar la calidad y el impacto de los servicios que ellos proveen.

MIS DERECHOS

A mí se me ha mencionado que:

- Yo tengo el derecho a pedir una copia de mi expediente médico.
- Yo tengo el derecho de pedir que la información privada sobre mi sea compartida con terceros, incluyendo mis padres/guardián legal u otros.

Firma de Persona en Cuidado: _____

Fecha: _____

Firma del Personal: _____

Fecha: _____