

Número de expediente médico de la  
Clínica para casos de crisis sin cita  
previa del Centro de Salud Mental  
de Clackamas: \_\_\_\_\_

**ORIENTACIÓN DEL PROGRAMA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS SERVICIOS**

Al escribir sus iniciales a continuación, tanto la persona que recibe los servicios o su tutor legal (según corresponda) como el médico del Centro de Salud Mental (MHC, por sus siglas en inglés) de Clackamas reconocen que el cliente/tutor ha recibido la <b>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</b> , y que el cliente/tutor ha recibido <b>un análisis y una explicación</b> de cada sección, según se indica a continuación.		Iniciales del cliente/tutor	Iniciales del profesional clínico
<b>Opciones de servicios, riesgos y beneficios</b>	Reconozco que me han explicado <b>las opciones de servicios, los riesgos y los beneficios</b> asociados con los servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas, y que recibí dicha información por escrito como parte de la <i>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</i> .		
<b>Consentimiento para recibir servicios</b>	Mediante el presente, <b>otorgo mi consentimiento para recibir los servicios</b> del personal del Centro de Salud Mental de Clackamas. Entiendo que puedo interrumpir los servicios cuando yo elija hacerlo.		
<b>Derechos y responsabilidades del cliente</b>	Reconozco que me han explicado mis <b>derechos y responsabilidades</b> como cliente, y que he recibido dicha información por escrito, como parte de la <i>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</i> .		
<b>Aviso sobre el proceso de quejas</b>	Reconozco que me han explicado la información sobre <b>cómo presentar un reclamo/una queja</b> ante el Centro de Salud Mental de Clackamas, incluida la información sobre cómo comunicarme con mi organización de atención coordinada o con la División de Adicciones y Salud Mental del estado de Oregon, y que he recibido dicha información por escrito como parte de la <i>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</i> .		
<b>Aviso de Prácticas de Privacidad</b>	Reconozco que me han explicado el <b>Aviso de Prácticas de Privacidad</b> del Centro de Salud Mental de Clackamas y que he recibido dicha información por escrito como parte de la <i>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</i> . Esto incluye el hecho de que reconozco que los empleados del Centro de Salud Mental de Clackamas están <b>obligados por ley a denunciar cualquier tipo de situación peligrosa ante las entidades de bienestar infantil o ante las autoridades policiales</b> . Entiendo que los servicios se me prestarán independientemente de si acepto o no responder preguntas sobre seguridad.		
<b>Declaración de salud mental</b>	Reconozco que me han explicado el proceso mediante el cual puedo elegir <b>hacer una declaración de salud mental</b> , con la oportunidad de hacerlo con la ayuda del personal del MHC de Clackamas, y que he recibido dicha información por escrito, como parte de la <i>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</i> .		
<b>Regístrese para votar</b>	Reconozco que me han explicado el proceso mediante el cual puedo <b>registrarme para votar en Oregon</b> , con la oportunidad de hacerlo con la ayuda del personal del Centro de Salud Mental de Clackamas, y que he recibido dicha información por escrito, como parte de la <i>Guía de Servicios del Centro de Salud Mental de Clackamas</i> .		

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente/tutor

\_\_\_\_\_  
Firma/credenciales del profesional clínico del Centro de Salud Mental de Clackamas

\_\_\_\_\_  
Nombre, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

La ley estatal de Oregon exige el consentimiento de los padres o del tutor legal para brindarles tratamiento médico/de salud mental a menores de 15 años y para que menores de 14 años reciban ciertos servicios de salud mental, sin el consentimiento de los padres/del tutor. Si la persona que firma no es el cliente ni el padre/la madre, ES NECESARIO BRINDAR PRUEBA DE REPRESENTACIÓN LEGAL, como una orden de custodia, una orden de tutela o un poder legal para asuntos médicos.

Revisado el 6/2016