

Permiso para la evaluación y el tratamiento

Autorizo al personal de Options Counseling & Family Services a realizarme una evaluación de salud mental y proporcionarme tratamiento y asesoramiento de salud mental en respuesta a mi solicitud de servicios. Mi solicitud de servicios de salud mental en Options es voluntaria. Comprendo que puedo hacer preguntas sobre mi tratamiento en cualquier momento. Comprendo que puedo detener mi tratamiento en cualquier momento. Comprendo que la evaluación de salud mental sobre la que estoy dando mi consentimiento no equivale a una evaluación psicológica. Comprendo que mi proveedor de servicios de salud mental no me está ofreciendo la evaluación para cumplir con algún requisito forense o legal, sino únicamente con el propósito de seguir el tratamiento.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

Firma con iniciales del/la cliente

Niños entre 14 y 17 años

Si tengo entre 14 y 17 años de edad, comprendo que tengo derecho a iniciar un tratamiento de salud mental sin el consentimiento de uno de mis padres o de mi tutor. Asimismo, comprendo que las leyes de Oregón exigen que uno de mis padres o mis tutores tenga participación antes de la finalización del tratamiento, a menos que se nieguen a hacerlo o que exista un motivo clínico por el que no deban involucrarse. Ese motivo quedará registrado en mi historia clínica.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

Firma con iniciales del/la cliente

Niño y La Familia Clientes

Si yo soy el padre o tutor de un cliente menor, entiendo que mi hijo/a es el cliente. También entiendo que soy una parte importante del tratamiento de mi hijo/a y voy a participar en ese proceso. Si mis propios problemas de salud mental emergen durante ese proceso, yo podrán recibir apoyo para buscar los servicios de terapia para mí.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

Firma con iniciales del/la cliente

Beneficios y Riesgos

Al aceptar recibir servicios de Options Counseling & Family Services, reconozco que me han informado sobre los riesgos y beneficios del tratamiento. Los riesgos y beneficios del tratamiento incluyen, entre otros, lo siguiente:

Beneficios

- Determinar mis fortalezas y mis objetivos en relación con el tratamiento.
- Establecer qué objetivos son prioritarios y trabajar con mi terapeuta para decidir cómo alcanzar esos objetivos.
- Tener la oportunidad de ser más independiente.
- Disfrutar de una mayor satisfacción en función de una mejor calidad de vida.
- Desarrollar un plan personalizado para abordar situaciones de seguridad o crisis.
- Experimentar una mejora en las respuestas positivas ante situaciones difíciles.
- Mejorar mis habilidades de sobrellevar y reducir el estrés.
- Mejorar mis relaciones personales.

Riesgos

- Experimentar sensaciones desagradables de tristeza, culpa, ansiedad, enojo, frustración, soledad e impotencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y LA EVALUACIÓN

- Estar en contacto con emociones dolorosas, a veces, por primera vez, lo cual puede causar que me sienta peor temporalmente.
- Recordar o hablar de aspectos desagradables de mi vida, lo cual puede llevar a sentimientos desagradables.
- El crecimiento personal demanda, a veces, cambios que pueden resultar incómodos o inesperados.
- Las personas que me rodean pueden notar mis cambios; mis relaciones pueden verse afectadas.
- No hay garantías sobre lo que voy a experimentar.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

Firma con iniciales del/la cliente

Derechos individuales

Cuando recibe un tratamiento o se somete a una evaluación, usted posee ciertos derechos. Usted tiene derecho a:

1. Elegir entre los servicios y programas de ayuda disponibles que correspondan con su plan de ayuda y servicio individual y sean los que menos restrinjan su libertad, los menos invasivos que permitan la mayor libertad, y los que se proporcionen en el entorno más integrado dentro de la comunidad.
2. Ser tratado(a) con dignidad y respeto.
3. Participar y asistir en la realización de su plan de ayuda y servicio individual, recibir servicios que correspondan con su plan, participar en las revisiones regulares de sus necesidades con respecto al servicio o al programa de ayuda, y recibir una copia del plan.
4. Recibir explicaciones de todos los servicios, incluidos los resultados esperados y los posibles riesgos.
5. La confidencialidad y el derecho a emitir un consentimiento para la divulgación de información, de acuerdo con las normas ORS 107.154, 179.505, 179.507, 192.515, 192.507 y 414.679, y 42 CFR Parte 2 y 45 CFR Parte 205.50.
6. Emitir un consentimiento informado por escrito antes de comenzar a recibir un servicio, salvo que exista una emergencia médica o un permiso por ley. Si es menor de 18 años, puede dar su consentimiento informado si está casado(a) legalmente, si tiene 16 años como mínimo y ha sido emancipado(a) por un tribunal, o si tiene 14 años o más, únicamente para recibir servicios como paciente externo(a).
7. Tener acceso a su propio historial clínico y tener derecho a corregirlo o enmendarlo de acuerdo con la norma 45 CFR parte 164.
8. Negarse a participar en procedimientos de experimentación.
9. Recibir medicamentos conforme a las necesidades clínicas que le hayan diagnosticado.
10. No sufrir ningún tipo de abuso o desatención, e informar cualquier tipo de incidente relacionado con el abuso o la desatención sin ser sujeto a ninguna represalia.
11. Tener libertad de culto.
12. Recibir información sobre estos derechos al comenzar a recibir los servicios y luego de forma periódica.
13. Recibir información sobre políticas y procedimientos, acuerdos sobre servicios y tarifas aplicables a los servicios brindados, y a contar con la presencia del padre o la madre que tenga la custodia o su representante, para que asista en la comprensión de toda información presentada.
14. Contar con la participación de la familia en la planificación y la entrega de los servicios.
15. Hacer una declaración en relación con el tratamiento de salud mental, si usted es adulto desde el punto de vista legal.
16. Presentar quejas formales, incluidas las decisiones de apelación resultantes de las quejas.
17. Ejercer todos los derechos establecidos en las normas ORS 109.610 hasta 109.697 si se trata de un niño o niña, tal como lo estipulan estas reglas.
18. Ser notificado(a) de forma oportuna sobre las cancelaciones de los turnos.
19. Ejercer todos los derechos descritos en esta norma sin ningún tipo de represalia o castigo.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

Firma con iniciales del/la cliente

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y LA EVALUACIÓN

Medición de los resultados

Con el fin de controlar y mejorar sus servicios, es posible que antes de cada sesión se le solicite rellenar un cuestionario relacionado con sus síntomas y sobre cómo se siente usted en relación con las sesiones. Un equipo de investigación cada vez más creciente sugiere que la rutina y el uso frecuente de cuestionarios acerca de los resultados se vinculan a mejores resultados en el tratamiento. La información de los cuestionarios les ayudará a usted y a su médico clínico a controlar el avance y a hacer ajustes en el plan de tratamiento si fuera necesario. El cuestionario proporciona una puntuación y una interpretación automática de los resultados. Tenga la certeza de que su información personal será catalogada como estrictamente confidencial. Un número de identificación asignado por su terapeuta identifica sus cuestionarios. El servicio de medición de resultados no da acceso a ninguna información que pudiera utilizarse para identificarle personalmente a usted como una persona que se encuentra en tratamiento.

Al firmar con mis iniciales afirmo que he leído y que entiendo esta sección:

_____ **Firma con iniciales del/la cliente**

Procedimiento relativo a las quejas formales por parte de los pacientes

Los reclamaciones pueden efectuarse en forma oral (el recepcionista puede derivarlo a la persona indicada), o bien por escrito (los formularios se encuentran disponibles en el área de recepción). Usted tiene derecho a recibir asistencia para completar un formulario de queja. (Le invitamos a comenzar con el paso uno y a continuar con los siguientes pasos, según sea necesario, hasta que se resuelva el problema.)

1. Analizar sus inquietudes con su proveedor.
2. Analizar sus inquietudes con el supervisor de su proveedor.
3. Analizar sus inquietudes con el coordinador de mejora de la calidad.
4. Analizar sus inquietudes con el director ejecutivo de Options.
5. Presentar una reclamación por escrito ante el director ejecutivo de Options.

Sin embargo, si usted está afiliado al Oregon Health Plan (Plan de Salud de Oregón), también puede presentar una queja en la Organización de Atención Médica Coordinada (Coordinated Care Organization) o en la División de Salud Mental y Adicciones de la Autoridad de Salud de Oregón (Oregon Health Authority's Addiction and Mental Health Division). La información relativa a cómo realizar una queja está disponible en las salas de espera o a petición a algún empleado de Options.

Tenga en cuenta lo siguiente:

En Condado de Lane

Trillium Community Health Plan
Lane County Quality Improvement Coordinator
P.O. Box 11756, Eugene, OR 97440-3956
teléfono: (541) 682-7584

Or

PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
PO Box 5729 Bend, OR 97708
teléfono: (503) 210-2515 or (800) 431-4135
TTY: (800) 735-2900
Fax: (541) 322-6424

En Condado de Marion

PacificSource Community Solutions
Attn: Appeals and Grievances
PO Box 5729 Bend, OR 97708
teléfono: (503) 210-2515 or (800) 431-4135
TTY: (800) 735-2900
Fax: (541) 322-6424

En Condado de Clackamas

Clackamas County Behavioral Health Division
2051 Kaen Road, #367, Oregon City, OR 97045
teléfono: (503) 742-5335
Fax: (503) 742-5304

Cliente #: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL
TRATAMIENTO Y LA EVALUACIÓN**

En Condado de Multnomah
Multnomah County MHASD
Quality Management Committee
421 Oak Street Suite 520, Portland, OR 97204-1620
teléfono: (503) 988-5887

En Condado de Washington
Washington County Health and Human Services
155 N. First Avenue, MS #70, Hillsboro, OR 97124
teléfono: (503) 846-4554

También entiendo que tengo el derecho de rechazar o de suspender el tratamiento en cualquier momento. Comprendo que el rechazo o la suspensión del tratamiento puede afectar mi estado, puede empeorar, puede permanecer igual, o puede mejorar.

Mi firma indica que he leído y que comprendo/estoy de acuerdo con las políticas establecidas anteriormente, las cuales se utilizarán mientras yo me encuentre en tratamiento, o bien, mientras mi familiar se encuentre en tratamiento. **También se me ha entregado una copia de mis derechos, y me los han explicado verbalmente.** Se me ha permitido formular preguntas. Doy permiso a Options Counseling & Family Services para que me proporcione a mí o a un miembro de mi familia tratamiento de salud mental como paciente ambulatorio.

Firma del individuo (o padre/tutor, si corresponde)

Date

Firma del Proveedor Fecha

Date