Netcare Corporation
Columbus, OH

Consentimiento para recibir tratamiento o Rechazo o revocación del consentimiento
Consentimiento para la divulgación de información para fines de tratamiento

Nombre del paciente _____ Fecha de nac. _____

Número del Seguro Social _____ Fecha _____

Consentimiento para recibir tratamiento

Netcare no puede prestarle servicios sin su consentimiento, a menos que determinemos que su seguridad o la seguridad de otros pueda estar en riesgo o en caso de que no pueda dar su consentimiento por motivos mentales, físicos o legales.

Por medio del presente, doy mi consentimiento para la entrega de servicios de salud mental y servicios de evaluación de diagnóstico de consumo de alcohol y drogas, servicios de orientación, servicios de intervención en caso de crisis, servicios de administración de casos, servicios médicos, psiquiátricos y otros servicios según se estime necesario o conveniente de acuerdo con el criterio del personal médico o clínico de Netcare Corporation. Este consentimiento es válido para todos los servicios en Netcare hasta que yo u otra persona u organismo autorizado a dar el consentimiento para recibir tratamiento lo revoquemos. Comprendo que puedo revocar dicho consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que se hayan tomado acciones en relación con la misma.

Además, estoy de acuerdo con que el personal de Netcare pueda divulgar información sobre mí a otros proveedores según sea necesario para fines de continuidad de la atención (tratamiento). También comprendo que puedo solicitar restricciones sobre cómo se utiliza o divulga mi información de salud protegida para fines de tratamiento y que Netcare no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Comprendo que la información restringida se puede utilizar o divulgar si es necesario para fines de tratamiento de emergencia.

Solicito las siguientes restricciones al uso o la divulgación de mi información de salud protegida (deje en blanco si no tiene):

Este consentimiento es válido para todos los servicios en Netcare hasta que se revoque. Comprendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida que se hayan tomado acciones en relación con la misma.

_____ _____
Firma del paciente Fecha Firma del padre o madre, tutor legal u otro representante autorizado Fecha

Si se obtiene un consentimiento verbal para el tratamiento, el personal debe llenar lo siguiente:

_____
Nombre de la persona que da el consentimiento verbal Dirección N.° de teléfono Relación con el paciente

_____ _____
Firma del miembro del personal que obtiene el permiso Fecha Firma del testigo del personal Fecha

<u>SOLO</u> CONSENTIMIENTO RECHAZADO O REVOCADO

Por medio del presente, rechazo o revoco mi consentimiento para recibir tratamiento en Netcare. Me han informado de las repercusiones y posibles consecuencias de rechazar o retirar el consentimiento para recibir tratamiento. Me han informado de que no se me negarán otros servicios adecuados por rechazar un tratamiento en particular.

_____ _____
Firma del paciente Fecha Firma del padre o madre, tutor legal u otro representante autorizado Fecha