

Departamento de Salud Mental Del Condado De Riverside

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Yo, _____ voluntariamente, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo en recibir servicios psicológicos del Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside. Estos servicios pueden incluir, pero no se limitan a; evaluación de diagnóstico, pruebas psicológicas, intervención en crisis, terapia individual, en grupo y/o con la familia; consultas y referencias a otros profesionales médicos especialistas en el comportamiento.

Entiendo que al dar mi consentimiento a que se me dé tratamiento, es posible que cierta información médica personal puede intercambiarse, solamente para los siguientes propósitos; ser tratado(a), para obtener pago, y para la administración de tratamiento médico.

Entiendo que tengo el derecho de finalizar mi tratamiento en cualquier momento dado. Además, comprendo que tengo el derecho de rehusarme a implementar cualquier recomendación, intervención psicológica, o procedimiento relativo al tratamiento.

Entiendo que se espera que el tratamiento me ayude, sin embargo no existe ninguna garantía implícita ni expresa de que el mismo me sea beneficioso.

Firma del Consumidor o el Representante Legal

Fecha