



Neighborhood Outreach Access to Health

NOAH Behavioral Health

Consentimiento general para recibir tratamiento

Yo autorizo a NOAH Behavioral Health para proveer una evaluación y servicios de tratamiento a:

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha de nacimiento

Yo estoy de acuerdo en participar en el proceso de planificación de mi tratamiento de acuerdo a mis posibilidades y le dejaré saber al proveedor de servicios de salud si se presenta alguna situación que no me permita participar en el tratamiento. Además mi proveedor me ha explicado los beneficios y los riesgos de la terapia, los efectos adversos de la terapia, los riesgos de no recibir tratamiento y las opciones de otros tratamientos alternos.

Yo entiendo que este consentimiento permanecerá válido mientras sea paciente de Marley House, o hasta que yo revoque el consentimiento.

Yo entiendo que al firmar esta forma de consentimiento le doy permiso al Departamento de Servicios de Salud de Arizona / Oficina de licencias para servicios médicos, y a todos los miembros de mi equipo de tratamiento clínico para acceder a mi información y expedientes. Yo entiendo que toda la información recabada durante el transcurso de mi tratamiento es confidencial. Sin embargo, esta información confidencial podrá ser divulgada sin mi consentimiento de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Firma del paciente

Fecha

Padre o tutor legal

Fecha

Padre o tutor legal

Fecha

Miembro del personal (Testigo)

Fecha