

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SAN BERNARDINO

Programa de Justicia Juvenil

Una Colaboración Conjunta entre el Departamento de Salud Mental y Libertad Condicional

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO (PLAN DE SALUD MENTAL)

1. Los servicios de tratamiento pueden incluir evaluación, diagnóstico, intervención en crisis, terapia individual, grupal o familiar, medicación, habilidades sociales y de la vida cotidiana, capacitación pre-vocacional, y/o manejo de caso proporcionado por el personal profesional calificado.
2. El tratamiento puede consistir de comunicaciones entre los profesionales calificados y los clientes, centrándose en el problema que se presenta y en los sentimientos asociados, las posibles causas del problema y los intentos previos de hacerle frente, y los posibles modos de actuar alternativos y sus consecuencias. La frecuencia y el tipo de tratamiento será planificado por usted y por el personal del tratamiento. Se realizarán todos los esfuerzos para proporcionarle a usted los servicios en el idioma de su elección.
3. El consentimiento para utilizar medicamentos psicotrópicos, si estos son recomendados por nuestro personal, estará en otro formulario.
4. Se espera que usted se beneficie del tratamiento, pero no existen garantías de que esto suceda. Los beneficios máximos ocurrirán con la participación constante y continuación, pero usted podría sentirse temporalmente peor mientras está en tratamiento.
5. Toda la información y los registros obtenidos en el transcurso del tratamiento permanecerán confidenciales y no serán divulgados sin su consentimiento por escrito excepto bajo las siguientes condiciones:
 - a. Usted es un menor no emancipado, está bajo tutela de la corte, detenido en el Centro de Evaluación y Detención Juvenil del Condado de San Bernardino, o una persona bajo tutela de acuerdo con la ley Lanterman-Petris-Short (LPS por sus siglas en inglés) (en cuyo caso otra persona como por ejemplo su padre o tutor, la corte, o su conservador, puede obtener toda la información acerca de usted aquí).
 - b. Un resumen de datos acerca de todos los clientes es informado al Departamento de Salud Mental de California, según lo requerido por ellos para los fines de investigación y seguimiento (esto incluye su nombre e información identificadora).
 - c. Bajo ciertas circunstancias según lo establecido en el Código de Bienestar e Instituciones Secciones 5328 y en las reglamentaciones Federales de HIPAA, que usted puede leer a pedido.
 - d. Para proteger la seguridad y la protección de los menores y el personal dentro del Centro de Detención y Evaluación Juvenil.
 - e. Si usted revela información acerca de ser víctima de abuso o negligencia de niño, el personal está obligado legalmente a informar cualquier incidente sospechado de abuso de niño a las agencias apropiadas.
 - f. Cualquier amenaza seria de violencia física comunicada hacia víctimas potenciales y razonablemente identificables de los clientes del DBH será informada en conformidad con la ley Estatal.

Si las pautas de confidencialidad HIPAA y la ley Estatal son diferentes entonces será aplicada aquella que proporcione mayor protección.

6. Usted tendrá derecho a aceptar, rechazar, o interrumpir el tratamiento en cualquier momento.
7. Usted tendrá un Informe Universal de Salud (UHR por sus siglas en inglés) (Registro Médico) – La información y documentación de salud es conservada en un Registro Universal de Salud guardado en su Centro de Evaluación y Detención Juvenil. Los profesionales de la salud tienen acceso a su Informe Universal de Salud. Los profesionales de la salud comprenden la importancia de la confidencialidad y respetan las leyes estatales y federales con respecto a divulgar la información de salud.

La aceptación y participación en el sistema de salud mental es voluntaria y no es un requisito previo para acceder a otros servicios de la comunidad. Yo tengo el derecho a solicitar un cambio de proveedor, miembro del personal, terapeuta, coordinador, y/o gerente de caso en la medida que lo permita la ley.

Yo he leído lo anterior, y estoy de acuerdo en aceptar el tratamiento y además acepto todas las condiciones establecidas en el presente. Yo reconozco haber recibido una copia de este consentimiento.

Cliente: (impreso) _____ (firma) _____ Fecha: _____

Testigo: (impreso) _____ (firma) _____ Fecha: _____

Padre/Tutor/Conservador:
(impreso) _____ (firma) _____ Fecha: _____