



Reset

Consentimiento para Servicios de Coordinación de Cuidados SUD

Fecha:	Hora:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
--------	-------	---------------------------------------------------------

Apellido:	Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Teléfono (Casa):	(Celular):

A. SERVICIOS DE COORDINACION DE CUIDADOS

Estoy de acuerdo en participar en los servicios de Coordinación de Cuidado administrados por el Plan del Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos (DMC-ODS) del Departamento de Salud Mental (DBH). Los servicios de coordinación de atención pueden incluir:

- Una evaluación integral y una reevaluación periódica de mis necesidades individuales para determinar la necesidad y / o la continuación de los servicios de coordinación de atención
- Asistencia en la transición a un tratamiento de trastorno por uso de sustancias (SUD) de mayor o menor nivel, si es necesario.
- Desarrollo de un plan de coordinación de atención que puede incluir actividades de servicio.
- Comunicación, coordinación y referencias y actividades relacionadas con mi plan de coordinación de cuidados.
- Monitoreo de servicios y actividades relacionadas con mi plan de coordinación de cuidados.
- Abogacía y enlace con los servicios de salud física y mental, transporte y asistencia para retener los servicios de atención primaria
- Mis servicios de coordinación de cuidado no violarán mi privacidad como persona que recibe tratamiento para los trastornos por uso de sustancias como se establece en 42 CFR Parte 2 y la Ley de California.

B. LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE CUIDADOS

Estoy de acuerdo con las siguientes pautas de coordinación de cuidados:

- Me mantendré en contacto con mi coordinador de cuidados. Si el coordinador de cuidados no puede comunicarse conmigo después de 30 días, se cerrarán mis servicios de coordinación de cuidados.
- Si no puedo asistir a una cita programada con mi coordinador de cuidados, me pondré en contacto con ellos lo más antes posible para cambiar o cancelar la cita.
- Los servicios de coordinación de cuidados están sujetos a terminación si posee un arma en una clínica SUD, durante una visita de coordinación de cuidados o si amenaza o agrede a un miembro del personal de la clínica SUD.

C. AUTORIZACION DE COORDINACION DE CUIDADOS

1. Doy mi consentimiento para que el Coordinador de Atención SUD me contacte por teléfono, por escrito y en persona.

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #:

2. Entiendo que:

- Los servicios de coordinación de cuidados son voluntarios, y puedo retirarme del programa en cualquier momento mediante notificación a mi coordinador de cuidados
- Este consentimiento para la coordinación de cuidados no es una condición para recibir tratamiento SUD
- Este consentimiento es para permanecer en efecto mientras permanezca en mi programa de coordinación de cuidados de SUD
- Este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento mediante notificación a su coordinador de cuidados
- Entiendo que estoy obligado por las pautas del programa de coordinación de cuidados
- Entiendo que, si no estoy satisfecho con los servicios del programa de coordinación de cuidados, por cualquier motivo, puedo llamar al Departamento de Salud Mental - Servicios de Trastornos y Recuperación por Uso de Sustancias al 800-968-2636, para obtener ayuda

3. Entiendo que mi información confidencial solo se divulgará en la medida en que yo lo permita, como se indica en un consentimiento firmado para divulgar información

Por favor, marque una opción:	
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para los servicios del programa de coordinación de cuidados	
<input type="checkbox"/> Rechazo los servicios del programa de coordinación de cuidados	

Escriba el Nombre del Paciente:	
---------------------------------	--

Firma del Paciente:	Fecha:
---------------------	--------

Si es Aplicable

Nombre del Tutor:	
-------------------	--

Firma del Tutor:	Fecha:
------------------	--------

-----**SUD Administration Use Only**-----

In the event that verbal consent was received by telephone or tele-health contact, please indicate the date and time of the contact and check the appropriate box below:

<input type="checkbox"/> Client listed consents to care coordination services	<input type="checkbox"/> Client listed declines care coordination services
-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

Date:	Time:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
--------------	--------------	---------------------------------------------------------

SUD Care Coordinator Signature

Client Name:
DOB:
Phone Number:
Client ID #: