

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN

Yo autorizo a _____ para que realice una evaluación y provea una referencia de servicios para _____.
(Nombre del Proveedor)
(Receptor/a del Servicio)

Yo estoy de acuerdo en participar en el proceso de evaluación y referencias al máximo de mi habilidad. Yo entiendo que este consentimiento permanecerá válido mientras yo esté inscrito/a en la Autoridad Regional de la Salud Mental (RBHA, por sus siglas en inglés) que me corresponda, o hasta que retire mi consentimiento.

Yo entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, le doy permiso al Seguro de Salud AHCCCS, a todos los miembros del Departamento de Elegibilidad y Evaluaciones y a la RBHA, para que accedan mi información y mis registros.

Yo entiendo que toda la información recopilada en el curso de este proceso de evaluación y referencias es confidencial, y únicamente podrá ser revelada en conformidad con leyes estatales y federales.

Yo estoy de acuerdo en participar en la evaluación y que se me refiera a un nivel apropiado de servicio basado en los resultados de dicha evaluación.

_____ (Iniciales) Yo deseo que me evalúen y se realice una determinación con respecto a mi elegibilidad a los servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI, por sus siglas en inglés)

Yo entiendo que si soy elegible para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI), seré inscrito(a) en un plan de salud integrado, que proporciona servicios integrales de salud física y mental. Entiendo que esto podría resultar en un cambio de mi proveedor de cuidado de la salud física.

_____ (Iniciales) Yo no deseo que me consideren para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI) y sólo deseo una referencia para servicios de Salud Mental General (GMH, por sus siglas en inglés)

_____ (Iniciales) Yo entiendo que previamente fui determinado elegible para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI) y esa determinación será mantenida. Yo estoy de acuerdo con una nueva Evaluación de Salud Mental con el propósito de actualizar la información y participar de nuevo en servicios de SMI. Si se determina que no fui previamente aprobado(a) para los servicios de SMI, quiero solicitar una determinación para ser elegible.

Receptor/a del Servicio (Letra de Molde)

Receptor/a del Servicio (Firma)

Fecha

Padre/Madre/Guardián Legal

Fecha

Miembro del Personal (Testigo)

Fecha