

Sistema de Servicios Clínicos

Nombre del paciente: _____ # Exp.: _____

Consentimiento para evaluación y tratamiento

Por la presente certifico que yo, _____
de ____ años de edad y vecino de _____ con residencia
en _____, solicito se me realice una evaluación y se me
ofrezca el tratamiento bajo los servicios del Proveedor de Salud Mental
_____ que entienda es necesario para mi estabilización y bienestar.

- Entiendo que la información que provea es de carácter confidencial, sujeto a la disposición de la Ley de Salud Mental de Puerto Rico.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha

Firma del Proveedor de Salud Mental

Fecha

Para ser cumplimentada por el terapeuta He sido orientado de las alternativas de
tratamiento disponibles para mi condición. (Terapia individual, grupal, de familia, grupos
de apoyo etc.)

- Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no me pueden ofrecer garantía alguna en cuanto el resultado del tratamiento a los que aquí estoy dando consentimiento.
- Para que conste que acepto y cumpliré con los términos de este contrato terapéutico, firmo este **Consentimiento Informado** para tratamiento en los servicios clínicos ambulatorios.
- **Autorizo, a que se comparta información sobre mi tratamiento con otro proveedor ya sea: de salud mental, Medico Primario, Agencias Comunitarias, Departamento de la Familia, Departamento de Educación para propósito de coordinación de servicios de ser necesario.**
- Entiendo que de ser admitido al servicio ambulatorio voluntariamente podré ser dado de alta en el momento que yo así lo solicite.
- En caso que las autoridades pertinentes de la clínica establezcan que para mí bienestar debo ser sujeto de una admisión involuntaria al hospital, se radicará oportunamente una petición al tribunal por mi familiar o de ser necesario por el representante de la clínica.

Firma del paciente, padre, madre o tutor legal

Fecha: ____/____/____
 día / mes / año

Nombre familiar o representante: _____ Firma: _____

Nombre del proveedor: _____ Firma: _____

de licencia y título _____ Fecha: ____/____/____
 día / mes / año