



## UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, Doy mi consentimiento y acepto el tratamiento voluntario de salud del comportamiento brindado por Unicare Community Health Center, Inc. (Unicare CHC), que incluye, entre otros, evaluación, diagnóstico, planificación del tratamiento y tratamiento de psicoterapia médicamente necesario y recomendado. También se me puede ofrecer una referencia a otros recursos de salud del comportamiento y de la comunidad, así como a la intervención de crisis según sea necesario.

Yo, Entiendo que, aunque el curso de mi tratamiento está diseñado para ser útil, Unicare CHC no puede garantizar el resultado de mi tratamiento. Además, entiendo que el proceso psicoterapéutico puede provocar sentimientos y reacciones incómodas, como ansiedad, tristeza y enojo. Reconozco que esta es una respuesta normal al trabajo a través de experiencias de vida no resueltas y que estas reacciones se trabajarán durante mis sesiones de psicoterapia.

Yo entiendo que el máximo beneficio por lo general ocurre con la asistencia regular, y el fracaso para mantener mis citas de la psicoterapia, puede resultar en un tratamiento que se suspendió. Yo entiendo que si no puedo asistir a mi cita de la psicoterapia, se espera que se pondrá en contacto Unicare CHC tan pronto como sea posible para cancelar mi cita.

---

(Iniciales)

Entiendo que toda la información obtenida durante el curso del tratamiento, incluida la de un menor de edad que consiente, será confidencial y no se divulgará, excepto en las siguientes circunstancias:

- cuando yo, el paciente, proporciono una autorización por escrito para liberar mi propia información de salud protegida
- según lo permitido por HIPAA para tratamiento, pago y operaciones de atención médica (descritas en las Prácticas de privacidad de Unicare CHC)
- cuando los mandatos legales exigen que se rompa la confidencialidad (incluidos, entre otros, los casos de sospecha de abuso / negligencia infantil o de un anciano)
- para mantener la seguridad en situaciones de peligro para mí y / o para otros

Aunque es raro, entiendo que parte de mi información de salud protegida puede ser divulgada si mi condición de salud conductual se convierte en parte de un proceso legal y la publicación de registros está ordenada por la corte.

Yo, entiendo que mi evaluación de la salud del comportamiento y las notas de progreso de psicoterapia son parte de mi registro integrado de salud electrónica con Unicare CHC, al que pueden acceder otros proveedores de CHC de Unicare. También entiendo que mi terapeuta puede colaborar cuando sea necesario con otros proveedores de CHC de Unicare, según sea necesario para brindar atención médica integrada.

---

(Initials)

## UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Entiendo que tengo el derecho de aceptar, rechazar o suspender el tratamiento en cualquier momento y tengo el derecho de negarme a implementar cualquier recomendación de tratamiento. Entiendo que si no deseo continuar con los servicios, lo mejor es asesorar a Unicare CHC y trabajar con mi terapeuta en la terminación de los servicios en lugar de interrumpir prematuramente los servicios, sin embargo, no tengo la obligación de hacerlo.

Si tengo una pregunta / inquietud urgente (que no es de emergencia), puedo comunicarme con el número de teléfono de 24 horas de Unicare CHC. (Colton—909-321-4700, San Bernardino—909-884-6700, Pomona—909-623-3600, Fontana—909-347-0700, Ontario—909-988-2555, Lincoln Heights—323-225-8038) y dejar un mensaje para mi terapeuta. Los servicios de emergencia no son proporcionados por esta clínica. Si me encuentro en una situación en la que no puedo mantener la seguridad de mí y de los demás, acepto buscar servicios de emergencia llamando al 911 o yendo a la sala de emergencias más cercana.

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE UN MENOR

Yo/Nosotros, \_\_\_\_\_  
Imprimir nombre (s) de tutor (es) legal (es)

siendo el (los) tutor (es) legal (es) o representante (s) legal (es) del paciente y en nombre del paciente legalmente autorizar a Unicare CHC para que le brinde servicios de salud del comportamiento al paciente. También entiendo que todos los artículos discutidos en el Consentimiento para el Tratamiento se aplican al paciente que yo / nosotros representamos. Yo / nosotros aceptamos asumir la responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro. Si el paciente tiene otro tutor legal o representante legal, certifico / certificamos que el otro tutor legal o representante ha sido notificado y consiente que el paciente reciba tratamiento de salud conductual. Además, entiendo que mi hijo menor de edad puede tener derecho a restringir el acceso a su propia información de salud protegida.

---

Firma del Tutor Legal / Representante Legal

---

Relación al Paciente

---

Fecha

---

Firma del Tutor Legal / Representante Legal

---

Relación al Paciente

---

Fecha