



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DEL CLIENTE

- Reconocimiento de información provista -

**Por favor revise este documento  
y escriba sus *iniciales* abajo**

- \_\_\_\_\_ “Consentimiento informado para servicios” significa que las opciones de servicios, riesgos y beneficios se han explicado para el individuo y el tutor legal (si corresponde) de una manera que ellos comprendan, y el individuo y el tutor legal han dado su consentimiento para recibir servicios la primera fecha de los servicios o antes de esta fecha.
- \_\_\_\_\_ Al firmar abajo, yo doy mi consentimiento para recibir los servicios disponibles para mí y reconozco que he recibido una copia de mis derechos y responsabilidades como cliente de Coos Health & Wellness.
- \_\_\_\_\_ Al firmar abajo, por este medio reconozco que yo puedo solicitar una copia de la tabla sobre tarifas de Coos Health & Wellness y la información sobre mi tarifa asignada. Entiendo que se me cobrará mi tarifa asignada para cada servicio si mi seguro médico o beneficio de asistencia no cubre el costo total del servicio. Entiendo que, además de las visitas de oficina o domiciliarias, mis tarifas asignadas se cobrarán por llamadas telefónicas cuando se discutan cuestiones terapéuticas, así como también las consultaciones con otros profesionales, agencias y miembro de mi familia. Entiendo que el pago debe hacerse al momento de cada servicio si mi seguro médico o beneficio de asistencia no cubre estos servicios.
- \_\_\_\_\_ PARA CLIENTES ADULTOS: Al firmar abajo, por este medio reconozco que he recibido la oportunidad de completar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y una Directiva Anticipada para Cuidados Médicos. Si se completa y firma, la Declaración para Tratamiento de Salud Mental dirigirá los cuidados de salud mental si yo estuviera mentalmente incapacitado(a). La Directiva Anticipada proveerá información sobre el tipo de cuidados que deseo recibir para mis problemas de salud física si no puedo hablar por mí mismo(a).
- \_\_\_\_\_ Por este medio reconozco que:
- He recibido una copia del Formulario para Quejas y Comentarios de CHW.    SÍ     NO
- He recibido la oportunidad de completar el registro para votantes.        SÍ     NO

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (por favor, use letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (***o representante personal***)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma