



## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CLIENTE PARA SERVICIOS

- Reconocimiento de información provista -

**Por favor revise  
y ponga sus iniciales abajo**

- \_\_\_\_\_ Al firmar abajo, por este medio 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 (CHW).
- \_\_\_\_\_ Al firmar abajo, reconozco que, para apoyar los servicios provistos para mí, CHW podría involucrar a un proveedor tercero de Colocación y Apoyo Individual (IPS). También reconozco que CHW me ha explicado el propósito y el alcance de la participación del proveedor del IPS y me ha dado la oportunidad de objetar.
- \_\_\_\_\_ Al firmar abajo, reconozco que yo puedo pedir una copia de la tabla de tarifas de Coos Health & Wellness y la información sobre mi tarifa asignada. Entiendo que se me cobrará la tarifa asignada por cada servicio si mi seguro o beneficio de asistencia no cubre el costo total del servicio. Entiendo que, además de las visitas a la oficina o mi domicilio, mi tarifa asignada se cobrará por las llamadas telefónicas cuando se discutan cuestiones terapéuticas y por las consultas con otros profesionales, agencias y miembros de mi familia. Entiendo que el pago debe hacerse en el momento de cada servicio si mi seguro o beneficio de asistencia no cubre dicho servicio.
- \_\_\_\_\_ PARA LOS CLIENTES ADULTOS: Al firmar abajo, reconozco que se me ha dado la oportunidad de completar una Declaración para Tratamiento de Salud Mental y el Formulario de Directiva Anticipada para Cuidados Médicos. La Declaración para Tratamiento de Salud Mental, si se completa y firma, dirigirá mis cuidados de salud mental si yo estuviera mentalmente incapacitado. La Directiva Anticipada proveerá información sobre el tipo de cuidados que yo deseo recibir para los problemas de salud física si yo no fuera capaz de hablar por mí mismo(a).

\_\_\_\_\_ Por este medio, yo reconozco que:

Recibí una copia del Formulario de Quejas/Comentarios de CHW	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Se me ha dado la oportunidad de completar el registro de votantes	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

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

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

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