



Carrousel Therapy Center

3201 Budinger Ave
Saint Cloud, Florida 34769

CONSENTIMIENTO COMBINADO

Fecha de
Servicio:

I. He recibido el Manual del consumidor. Me dieron tiempo para hacer preguntas y entiendo las respuestas que me dieron.

(Iniciales Aqui)

El Manual del Consumidor contiene información sobre los siguientes temas:

Derechos y Responsabilidades del Consumidor

Derechos y responsabilidades

Políticas de confidencialidad y divulgación o solicitud de información

Aviso de prácticas de privacidad

Procedimiento de quejas

II. Me han proporcionado una lista de recomendaciones para emergencias fuera del horario de atención

(Iniciales Aqui)

III. Consentimiento para el tratamiento

(Iniciales Aqui)

Entiendo que toda la información, incluida la evaluación del cliente, las notas de tratamiento, etc. se tratan con estricta confidencialidad y que ninguna información, ya sea verbal o escrita, será compartida sin el consentimiento por escrito del tutor legal (si el cliente es menor de 18 años). Entiendo que las personas responsables de la atención a través de la Compañía deberán tener acceso a información confidencial con el fin de evaluar y coordinar el tratamiento. Por ley, las normas de confidencialidad no se mantienen bajo las siguientes condiciones:

1. Si se reporta o sospecha abuso o negligencia de una persona menor, discapacitada o anciana, el proveedor está legalmente obligado a informar la inquietud al Departamento de Niños y Familias

2. Si, durante los servicios, el profesional recibe información de que la vida de alguien está en peligro, ese profesional tiene el deber legal de advertir a la persona amenazada.

3. Si el testimonio de la Compañía o del personal es citado por Orden Judicial, estamos obligados a presentar registros o comparecer ante el tribunal para responder preguntas sobre el cliente.

4. Doy mi consentimiento para que el tratamiento tenga lugar en los siguientes lugares:

Casa Escuela Oficina Tele-Medicina

IV. Coordinación de la atención (seleccione una)

Doy mi consentimiento para la coordinación de la atención con el médico de atención primaria cuando sea clínicamente apropiado. También autorizo al personal de Company, Inc. a publicar actualizaciones mensuales sobre cambios de medicamentos al médico de atención primaria con el propósito de continuidad en la atención, si corresponde. Doy mi consentimiento para la coordinación de la atención,

que puede incluir compartir información verbalmente o por escrito a través de notas de psicoterapia relacionadas con el tratamiento mio/mi hijo con todo el personal de la compañía y el personal contratado cuando sea clínicamente apropiado. (Iniciales Aquí)

No doy mi consentimiento para que CBHS coordine la atención con mi PCP, marcando esta casilla Estoy rechazando el consentimiento

(Iniciales Aquí)

V. Responsabilidad financiera

(Iniciales Aquí)

Entiendo que debo revelar toda la cobertura del seguro. Si la falta de divulgación resulta en un reclamo denegado, seré financieramente responsable. La información en esta página me ha sido explicada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por las medidas que ya se han tomado. Una copia de este formulario será tan válida como el original durante un período de un año a partir de la fecha de firma.

FIRMA DEL PACIENTE

| Nombre Completo | Firma | Fecha |
|-----------------|-------|-------|
| | | |

FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

| Nombre Completo | Firma | Fecha |
|-----------------|-------|-------|
| | | |

FIRMA DEL THERAPISTA

| NOMBRE COMPLETO | Firma | Credenciales | Fecha |
|-----------------|-------|--------------|-------|
| | | | |