

AGENCIA DE CUIDADO DE SALUD DEL CONDADO DE ORANGE  
SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO  
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS

ORANGE COUNTY HEALTH CARE AGENCY  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES  
INFORMED CONSENT FOR SERVICES

**Consentimiento General**

**General Consent**

De acuerdo con las leyes existentes, lo siguiente se me ha explicado: La naturaleza y el propósito de la evaluación propuesta (que puede incluir exámenes psicológicos), La naturaleza de la psicoterapia, terapias alternativas, otro métodos de tratamiento incluyendo el alternativo de no terapia, y yo comprendo los riesgos asociados. Yo doy mi consentimiento y autorizo los siguientes procedimientos necesarios para mi salud y bienestar:

*In accordance with existing law, the following has been explained to me: the nature and purpose of the proposed evaluation (which may include psychological testing), the nature of psychotherapy, alternative therapies, other treatment methods including the alternative of no therapy, and I understand the risks involved. I consent and authorize the following procedures necessary for my health and well-being:*

1. Evaluación
2. Consejería o terapia
3. Educación de grupo o Terapia
4. Servicios de apoyo con medicamento
5. Administración de caso (e.g., referencias, recomendaciones y consultas)
6. Pruebas monitoreadas de sustancias y otras drogas que tengan un efecto en mi salud o bienestar.

1. *Assessment*
2. *Counseling or Therapy*
3. *Group Education or Therapy*
4. *Medication Support*
5. *Case Management (e.g., referrals, linkage, consultations)*
6. *Monitored screening for substances and other drugs that effect my health and well-being*

Yo entiendo que aceptar y participar en el sistema de Comportamiento de salud es voluntario y que no debería ser considerado como un requisito previo para poder tener acceso a otros servicios comunitarios.

*I understand that acceptance and participation in the Behavioral Health system is voluntary and shall not be considered a prerequisite for access to other community services.*

Si yo soy beneficiario de Medi-Cal, yo entiendo que conservo el derecho de solicitar Medi-Cal o otros servicios reembolsables como Short Doyle/Medi-Cal, y tengo el derecho de pedir un cambio de proveedor, miembro del personal, terapeuta, y /o administrador de caso.

*If I am a Medi-Cal beneficiary, I understand that I retain the right to request other Medi-Cal or Short Doyle/Medi-Cal reimbursable services and have the right to request a change of provider, staff person, therapist, and / or case manager.*

Puede ser que me contacten despues de mi participación, y ya que haya terminado el programa para evaluar mi progreso o condición. Yo entiendo que yo puedo decidir no contestar cualquier pregunta en ese momento si yo deseo no contestarla.

*I may be contacted after my participation in the program has ended to evaluate my progress and condition. I understand that I may choose not to answer any questions at that time if I do not wish to do so.*

Yo estoy satisfecho/a que he recibido toda la información necesaria para tomar un decisión bien informada referente a mis servicios. Yo certifico que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con lo mencionado en este documento y de que he recibido una copia. (Una copia de este documento deberá ser entregado al cliente, a su agente o persona responsable por el cliente.)

*I am satisfied that I have received all the information I need to make an informed decision about my services. I certify that I have read, understand and agree with the above and have received a copy. (A copy of this document is to be given to the client or to her / his agent or responsible party.)*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente/Participante  
*Client / Participant Name*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/Participante  
*Client / Participant Signature*

\_\_\_\_\_  
Fecha  
*Date*

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona responsable / representante  
*Responsible Party / Representative Signature*

\_\_\_\_\_  
Fecha  
*Date*

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor/a - Testigo  
*Provider / Witness Signature*

\_\_\_\_\_  
Fecha  
*Date*