

# CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE USO DE SUSTANCIAS



## Agencia de Servicios de Salud del Condado de Santa Cruz Salud del comportamiento

Estoy solicitando los servicios del sistema de cuidado del Programa de Servicios de Trastornos por Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz con

- Por la presente reconozco mi consentimiento para inscribirme en el tratamiento de trastorno por uso de sustancias provisto por esta agencia.
- Entiendo que el tratamiento del trastorno por uso de sustancias puede incluir evaluación y planificación del tratamiento, consejería individual, familiar y grupal, educación sobre el trastorno por abuso de sustancias, capacitación en recuperación, pruebas de drogas, vivienda supervisada / estructurada, manejo de casos. En cumplimiento con las regulaciones de confidencialidad descritas a continuación, coordinación con el del condado Programa de Servicios de Trastornos por Uso de Sustancias, financiadores de tratamiento, agencias de referencia y / o profesionales involucrados en mi cuidado incluyendo la planificación del alta, consejería de mantenimiento.
- Entiendo que toda la información y los registros obtenidos y mantenidos en el curso de la prestación de servicios de tratamiento están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de Programa de Servicios de Trastornos por Uso de Sustancias de registros de pacientes, 42 CFR Parte 2, y la Ley de Responsabilidad de 1996 y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA ) 45 CFR, Partes 160 y 164, y no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento.

Yo entiendo que puedo reportar cualquier insatisfacción con el Coordinador de Mejoramiento de Calidad, 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060, (831) 454- 4671. También puedo reportar quejas a la División de Cumplimiento de Desordenes de Uso de Sustancias, del Departamento de Servicios de Salud del Estado, P.O. Box 997413, MS# 2601, Sacramento, CA 95899-7413.

- De acuerdo a mi conocimiento, yo reconozco expresamente que toda la información que he dado durante mi admisión esta correcta. He recibido y leído copias de las reglas del programa, los participantes y los acuerdos de derechos de los clientes que me ha suministrado mi proveedor de tratamiento.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y que tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento.

Se le entrego una copia:  Iniciales \_\_\_\_\_

Se le ofreció una copia pero el cliente se negó:  Iniciales \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente (letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Testigo/Trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_