

BLUEBONNET TRAILS COMMUNITY SERVICES (BTCS)

CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE MH / RECONOCIMIENTO DE DERECHOS

Nombre: _____

Caso #: _____

El individuo en servicios / Representante debe poner sus iniciales para consentimiento / verificación a la izquierda.
Escriba NA o Rechazado para cada sección sin iniciales

<p>_____ Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Por la presente solicito y doy mi consentimiento para los servicios para mí / dependientes que pueden incluir, entre otros, exámenes de rutina / de crisis, evaluaciones de diagnóstico, exámenes de laboratorio, servicios residenciales y otros tratamientos / servicios (por ejemplo, asesoramiento, capacitación vocacional, excursiones, transporte para servicios prestados, etc.) recomendados y considerados necesarios por el personal de Servicios Comunitarios de Bluebonnet Trails. Entiendo que al completar las evaluaciones, se me ofrecerá un plan de servicios más detallado. Entiendo que tengo la opción de aceptar o rechazar cualquier recomendación de servicios.</p> <p>Se me ha informado que cualquier información relacionada con mis servicios de Bluebonnet Trails está sujeta a divulgación solo con mi consentimiento informado y por escrito o mediante citación u orden judicial. También se me ha informado que la información de identificación sobre mí se puede intercambiar entre los componentes del sistema de prestación de servicios de salud y humanos de Texas (HHSC) y otros proveedores designados / contratados para fines de continuidad de la atención.</p> <p>Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas basándose en él. Para revocar el consentimiento, me pondré en contacto con mi administrador de casos / proveedor de servicios de rehabilitación para obtener ayuda.</p>
<p>_____ Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>RECONOCIMIENTO DE DERECHOS He recibido una copia y una explicación completa de mis derechos como individuo en los servicios de la MHA. Se me ha informado que mi familia / guardián / defensor recibiría una copia de los derechos que se me han explicado. Entiendo que si tengo preguntas sobre mis derechos, puedo pedir aclaraciones al personal de MHA, y todos mis derechos serán revisados conmigo anualmente.</p> <p>____ He recibido una copia del "Manual de derechos del consumidor" ____ He recibido una copia de los "Derechos de las personas mayores" (clientes mayores de 55 años) ____ He recibido una copia del "Procedimiento de quejas del público en general y comentarios positivos" ____ He recibido una copia del "Procedimiento de apelación"</p>
<p>_____ Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>RECORDATORIOS DE CITA AUTOMATIZADA Entiendo que puedo recibir recordatorios a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos automatizados. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar los diferentes medios (correo de voz, teléfono celular o cuenta de correo electrónico) mediante los cuales puedo recibir un recordatorio automático.</p> <p>____ Si no desea recibir recordatorios, coloque sus iniciales aquí. do not wish to receive reminders initial here.</p>
<p>_____ Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>COMUNICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE PARTICIPAR EN LA MEJORA DE LAS OPERACIONES SANITARIAS Entiendo que Bluebonnet Trails Community Services puede notificarme sobre oportunidades para participar en programas diseñados para mejorar la calidad de la atención. Entiendo que la participación en estos programas es voluntaria y no afectará la recepción de servicios en BTCS. Entiendo que puedo recibir notificaciones de estos programas a través de, entre otros, los siguientes medios (teléfono, correo postal, correo electrónico, en persona).</p> <p>____ Acepto que se me notifique de las oportunidades para participar en la mejoramiento de las operaciones de atención médica.</p>

<p>Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD</p> <p>___ He recibido una copia del "Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA"</p>
<p>Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA REGIONAL</p> <p>BTCS comparte datos de forma segura con el Health Information Exchange (HIE) regional con el fin de coordinar la atención, mejorar la calidad de la atención de las personas y para realizar análisis estadísticos.</p> <p>___ He revisado la Autorización del paciente específica del HIE regional en el que estoy recibiendo servicios y autorizo la divulgación de información a esos HIE o HIEs.</p> <p>___ He revisado la Autorización para pacientes específica de los Centros de salud comunitarios del centro sur de Texas (CHCSCT) y he autorizado el intercambio de información con ellos con el fin de coordinar mi tratamiento y atención.</p> <p>___ He revisado la Autorización del paciente específica para la colaboración entre Texas A&M College of Nursing, BIS Clinic - Bedias, MHMRA of Brazos Valley y Bluebonnet Trails Community Services y autorizo el intercambio de información con ellos con el fin de coordinar mi tratamiento y atención.</p>
<p>Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>SOLO PARA RECIPIENTES DE MEDICAID</p> <p>Autorización del paciente para revisar y recibir información para la información de salud de elegibilidad de Medicaid Sistema (MEHIS) para los múltiples propósitos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permite la verificación de la elegibilidad del paciente de Medicaid. 2. Permite al personal del proveedor registrar a los pacientes en el momento de la cita. 3. Reduce la duplicación de servicios y ayuda a una mejor coordinación de la atención. 4. Proporciona la capacidad de que los proveedores y sus delegados vean lo siguiente de un paciente: <ol style="list-style-type: none"> A. Página de resumen de salud B. Información de vacunación C. Información sobre medicamentos recetados D. Eventos de salud, incluidos <p>Entiendo estas declaraciones.</p>
<p>Individuo en servicios ' Iniciales del representante</p>	<p>AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A DISTRITOS ESCOLARES ASOCIADOS</p> <p>Entiendo que el distrito escolar independiente local (ISD) ocasionalmente puede usar información de identificación recopilada de los servicios proporcionados por BTCS con el propósito de evaluar el programa sobre asistencia escolar, logro escolar, contención de costos y medidas similares.</p> <p>Distrito escolar autorizado para recibir información del paciente (por favor, haga un círculo):</p> <p>Bastrop ISD Burnet Consolidated ISD Elgin ISD Georgetown ISD Giddings ISD Hutto ISD</p>

	<p>Jarrell ISD La Grange ISD Leander ISD Lockhart ISD Marble Falls ISD Prairie Lea ISD Round Rock ISD Schulenburg ISD Seguin ISD Taylor ISD</p> <p><input type="checkbox"/> No doy mi consentimiento para compartir información con un ISD local</p>
<p>_____ Individuo en servicios / Iniciales del representante</p>	<p>FORMULARIOS DE DISCAPACIDAD</p> <p>Las evaluaciones psiquiátricas se realizan con el propósito de brindar atención clínica y / o para determinar el nivel de atención necesario, y no están diseñadas para evaluar la presencia o ausencia de una discapacidad. Por lo tanto, los psiquiatras de BTCS pueden proporcionar registros de tratamiento, pero no completarán formularios que soliciten una determinación de una discapacidad o que se relacionen con una solicitud de un beneficio basado en la presencia o el nivel de discapacidad.</p> <p>Entiendo esta declaración.</p>
<p>_____ Individuo en servicios / Iniciales del representante</p>	<p><i>OPORTUNIDAD DE REGISTRARSE PARA VOTAR</i></p> <p>____ Se me dio la oportunidad de registrarme para votar al momento de la admisión a los servicios.</p>

 Firma de la persona en servicios /representante legal

 Iniciales

 Fecha

 Relación

 Firma del personal / presentador y cargo

 Fecha

 Testigo

 Fecha