

Consent for Mental Health Services

I agree to voluntarily receive clinical treatment provided by Solano County Mental Health. I understand that mental health services provided by Solano County, may include, but may not be limited to, assessment, individual psychotherapy, group therapy, psycho-educational groups, case management and medication management. The type and extent of services I may receive will be determined after an initial assessment and discussions with my treatment provider(s).

I understand that by authorizing treatment, personal health information may be exchanged in a limited way for treatment, payment and healthcare operations purposes only, or as authorized by law. I understand that my treatment provider(s) must share limited confidential information in the following circumstances:

- If the treatment provider has good reason to believe that I may harm another person or myself.
- If the treatment provider has good reason to believe that a child is being physically or sexually abused or is being neglected.
- If the treatment provider has good reason to believe that an elder adult (age 65 or older) or dependent adult (age 18-64 who have physical or mental limitations that restrict their ability) is being physically or financially abused, neglected, abandoned, or other treatment that results in physical harm, pain, or mental suffering.
- As otherwise required by law as outlined in the Notice of Privacy Practices (NPP), a copy of which has been provided to me

My information is also protected under the provisions of the Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). All information about me that is sent electronically (e.g. fax, e-mail) is confidential.

I understand that Solano County Services are provided by a range of different mental health professionals. Some of these treatment providers may be in training (e.g. students, interns) and some treatment providers may be unlicensed. All unlicensed professionals and those in training are supervised by licensed professionals. I understand that if my treatment provider is in training or unlicensed they may share information about me with a licensed professional who is providing clinical supervision or overseeing the coordination of my care. This supervisor will maintain confidentiality with the exception of the special circumstances described previously.

I understand that while treatment (psychotherapy and/or medication) may provide benefits, risks are also a possibility. Benefits of treatment may include complete or substantial relief of symptoms and/or improvement in social, interpersonal, occupational, or educational functioning. The risks associated with not undergoing treatment could include further exacerbation of symptoms and/or decline in social, interpersonal, occupational, or educational functioning.

By signing below I am agreeing to participate in appropriate treatment services provided by Solano County Mental Health. I have the right to refuse to participate in treatment and I may withdraw my consent and stop participating in treatment at any time. If I have any questions regarding this consent form or about services offered I may discuss them with my treatment provider(s). I am able to respond knowingly and intelligently to questions about my treatment and participate in decisions about that treatment. I have read and fully understand the above and have had the opportunity to ask any questions that I have, and have had my questions answered.

Print Client Name

Date of Birth

Client Signature

Date

Signature of Authorized Representative

Date

Client refuses or is unable to sign but verbally agreed to receive Mental Health Services on the following date:

Staff Initials

Date

SOLANO COUNTY MENTAL HEALTH DIVISION
CONSENT FOR TREATMENT
Confidential Patient Information

See California Welfare and Institutions Code Section 5328 and Health Information
Portability and Accountability Act Privacy and Security Rules
Page 1 of 1

CLIENT NAME:

MEDICAL RECORD #:

Consentimiento para recibir servicios de salud mental

Acepto recibir voluntariamente el tratamiento clínico proporcionado por la División de Salud Mental del Condado de Solano. Entiendo que los servicios de salud mental proporcionados por el Condado de Solano pueden incluir, entre otros, evaluaciones, psicoterapia individual, terapia grupal, grupos psicoeducacionales, administración de casos y de medicamentos. El tipo y el alcance de los servicios que puedo recibir se determinarán después de una evaluación inicial y de hablar con mi(s) proveedor(es) del tratamiento.

Entiendo que al autorizar el tratamiento, mi información médica personal puede intercambiarse de manera limitada sólo a los fines de las operaciones relacionadas con el tratamiento, pago y cuidado de la salud, o según lo autorice la ley. Entiendo que mi(s) proveedor(es) del tratamiento debe(n) compartir información confidencial limitada en las siguientes circunstancias:

- Si el proveedor del tratamiento tiene una buena razón para creer que puedo dañar a otra persona o dañarme a mí mismo.
- Si el proveedor del tratamiento tiene una buena razón para creer que se está descuidando o abusando física o sexualmente a un niño.
- Si el proveedor del tratamiento tiene una buena razón para creer que un adulto mayor (65 años o más) o un adulto dependiente (de 18 a 64 años con limitaciones físicas o mentales que restringen su capacidad) está siendo abusado física o financieramente, descuidado, abandonado o es víctima de otro trato que puede provocar daño físico, dolor o sufrimiento psíquico.
- Salvo que la ley exija lo contrario, como se resume en la Notificación de Prácticas de Privacidad (*Notice of Privacy Practices*, NPP), de la cual recibí una copia.

Mi información también está protegida por las disposiciones de la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA). Toda la información sobre mí que se envíe de manera electrónica (por ejemplo, por fax, correo electrónico) es confidencial.

Entiendo que los servicios del Condado de Solano son proporcionados por una amplia variedad de profesionales de la salud mental. Algunos de estos proveedores del tratamiento pueden estar en capacitación (por ejemplo, estudiantes, practicantes) y algunos proveedores del tratamiento pueden no tener licencia. Todos los profesionales sin licencia y aquellos en capacitación son supervisados por profesionales con licencia. Entiendo que si mi proveedor del tratamiento se encuentra en capacitación o no tiene licencia puede compartir información sobre mí con el profesional con licencia que brinda la supervisión clínica o controla la coordinación de mi atención. Este supervisor mantendrá la confidencialidad con excepción de las circunstancias especiales que se describieron anteriormente.

Entiendo que, si bien el tratamiento (psicoterapia y/o medicación) puede brindar beneficios, también pueden existir riesgos. Los beneficios del tratamiento pueden incluir el alivio completo o sustancial de los síntomas y/o mejoras en el funcionamiento social, interpersonal, ocupacional o educativo. En caso de no recibir tratamiento, los riesgos podrían incluir una mayor exacerbación de los síntomas y/o un deterioro del funcionamiento social, interpersonal, ocupacional o educativo.

Al firmar debajo, acepto participar en los servicios de tratamiento adecuados proporcionados por la División de Salud Mental del Condado de Solano. Tengo derecho a negarme a participar del tratamiento y puedo retirar mi consentimiento y dejar de participar del tratamiento en cualquier momento. Si tengo preguntas relacionadas con el formulario de consentimiento o los servicios ofrecidos, puedo comentarlas con mi(s) proveedor(es) del tratamiento. Puedo responder con conocimiento de causa y en pleno uso de mis facultades mentales las preguntas acerca de mi tratamiento y participar en las decisiones sobre dicho tratamiento. Leí y entendí por completo el texto anterior y tuve la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenía, y obtuve respuestas a tales preguntas.

Nombre del cliente en letra de imprenta

Fecha de nacimiento

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

El cliente se niega a firmar o no puede hacerlo, pero aceptó verbalmente recibir los servicios de salud mental en la siguiente fecha:

Iniciales del personal

Fecha

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SOLANO
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO
Información confidencial del paciente

Consulte la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California y las Normas de Seguridad y Privacidad de la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud.

Página 1 de 1

NOMBRE DEL CLIENTE:

EL NUMERO DE CASO: