

**CONDADO DE SOLANO - DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES,
DIVISIÓN DE SALUD CONDUCTUAL**

Acuerdo de consentimiento

Se me ha proporcionado el “Paquete de información de consentimiento combinado” que describe el consentimiento para el tratamiento, el consentimiento para la telesalud y el consentimiento para el correo electrónico o el mensaje de texto. He revisado esta información con un miembro del personal y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. A continuación, reconozco mi consentimiento a los elementos que comienzan con “De acuerdo”.

De Acuerdo	No estoy de acuerdo	Documentos revisados y acordados (copias adicionales disponibles en el siguiente enlace) www.solanocounty.com/depts/bh/access_to_services/default.asp
		Consentimiento para los servicios de salud mental
		Consentimiento para la telesalud
		Consentimiento para el correo electrónico con la dirección de correo electrónico identificada en la historia clínica
		Consentimiento para enviar mensajes de texto con el número de teléfono identificado en la historia clínica

He recibido una copia, o información sobre cómo acceder a una copia electrónica, de los documentos que rubriqué en este Acuerdo de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre estos documentos y de analizarlos con mi proveedor.

Firma del cliente:		Fecha:
Escriba el nombre del representante autorizado del cliente (si corresponde):	Relación con el cliente:	
Firma del representante autorizado del cliente (si corresponde):		Fecha:

El cliente se niega o no puede firmar, pero acepta verbalmente los elementos indicados en la fecha siguiente.

Explicación de por qué no hay firma inicial:

Iniciales del personal

Fecha

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SOLANO ACUERDO DE CONSENTIMIENTO <i>Información confidencial del paciente</i> Consulte el Artículo 5328 del California Welfare and Institutions Code [Código de Bienestar e Instituciones de California] y la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Reglas de Privacidad y Seguridad) Página 1 de 1	NOMBRE DEL CLIENTE:
	N.º DE HISTORIAL MÉDICO: