

Coastal Mental Health Center

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO Y/O TERAPEUTICO, EXAMEN PSICOLOGICO

Y/O EVALUACION INICIAL

Yo, el abajo firmante, un paciente, por la presente autorizo a los empleados de COASTAL MENTAL HEALTH CENTER a administrar intervenciones médicas tales como, diagnósticos y/o terapéuticos considerados necesarios para mi tratamiento. Las recomendaciones para el tratamiento serán discutidas al momento de la evaluación.

Yo, por la presente autorizo al personal calificado para administrar tales intervenciones como crean necesario para ayudarme con mi recuperación. Comprendo que mi médico y/o consejero desarrollarán el tratamiento, métodos y objetivos apropiados para mí, y que implicarán en el desarrollo de mi plan de tratamiento en la medida en que crean necesaria, según su opinión profesional, en la cual estoy en condiciones de participar.

Como un paciente de COASTAL MENTAL HEALTH CENTER, yo autorizo al personal a administrar el tratamiento necesario y me comprometo a participar activamente en el proceso.

Si durante mi tratamiento en COASTAL MENTAL HEALTH CENTER me diagnostican con una enfermedad contagiosa, entiendo que de acuerdo a la ley, se debe informar al Departamento de Salud del Condado.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD: La información contenida en este facsímil es información privilegiada y confidencial destinado únicamente para el uso de la persona o entidad nombrada como destinatario. Si el lector no es el destinatario, la difusión de cualquier, distribución o copia de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si usted ha recibido esta comunicación por error, por favor de no revelar esta comunicación a ninguna otra persona por favor notifique inmediatamente por teléfono y devolver el original a nosotros en la dirección arriba indicada.