



Adolescente
SOLICITUD PARA SERVICIOS
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS
DEFENSORÍA / LISTA DE REFERENCIAS
CONFIRMACIÓN DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Solicitud para servicios:

Por la presente, solicito servicios psicológicos y/o psiquiátricos de _____
 (Dependencia)
 para mí o _____, quien está legalmente bajo mi cuidado. Entiendo que esta solicitud formal de servicios es para atención autorizada y/o certificada bajo el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-865, el cual detalla los tipos y la forma de tratamiento que pudiera recibir. Esta solicitud se la hace en forma completamente voluntaria y de ninguna manera limita mi capacidad de pedir ayuda para mi persona de otros servicios médicos, dependencias de trabajo social, proveedores del sector privado o proveedores de cuidado naturales. Entiendo que se me alienta firmemente a solicitar un reconocimiento médico si no lo he hecho recientemente.

Consentimiento para servicios (Autorización):

Por la presente consiento y autorizo a _____ a proporcionar
 (Dependencia)
 cualquier atención apropiada autorizada y/o certificada bajo el Código Administrativo de Washington (WAC) 388-865 como se pudiera determinar que es necesario para mi tratamiento. Reconozco mi derecho y responsabilidad de participar en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado y de aprobarlo y firmarlo antes de la terapia estándar para pacientes externos y/o medicamentos.

Esta solicitud para servicios y consentimiento/autorización para tratamiento expirará a la finalización de mi tratamiento y en el momento del cierre formal de mi registro.

Defensoría/lista de referencias:

Acuso recibo de la lista del Grupo de Defensoría y Referencias locales.

Confirmación de recibo de la notificación de prácticas de privacidad

He recibido y he tenido la oportunidad de leer la Notificación de Prácticas de Privacidad que me proporcionó

 (Dependencia)

Al firmar este documento, estoy ratificando lo anteriormente manifestado.

 Firma del consumidor /tutor legal

 Fecha

 Firma del personal clínico

 Fecha