

GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
Departamento de Salud Conductual



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE SALUD
CONDUCTUAL**

(Para niños y jóvenes menores de dieciocho (18) años de edad)

IMPORTANTE: por favor, lea este formulario cuidadosamente antes de firmarlo. Los servicios de salud conductual y apoyos disponibles para usted se le deben explicar antes de que firme este formulario.

Yo, por medio del presente, autorizo recibir servicios y apoyos de salud conductual de

(Nombre del proveedor/agencia de salud conductual)

a efectos de abordar síntomas o preocupaciones sobre la salud conductual. El proveedor me ha dado información sobre el propósito, efectos secundarios, beneficios, riesgos potenciales y tratamientos alternativos factibles para el tratamiento de salud conductual propuesto.

Nombre en letra de imprenta del consumidor/cliente: _____

Firma del consumidor/cliente

Fecha

Tengo derecho a aceptar, rechazar o retirarme de los servicios y apoyos de salud conductual por

Nombre en letra de imprenta del consumidor/cliente

Yo, por medio del presente, autorizo recibir servicios y apoyos de salud conductual a efectos de abordar el/los síntoma(s) o enfermedad de salud conductual.

Firma del padre, representante legal o agencia autorizada

Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre, representante legal o agencia autorizada

Relación con el consumidor/cliente (padre, representante legal o agencia autorizada)