

Nombre:

N.º de caso:

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Autorización de servicios clínicos:** por la presente doy mi consentimiento y autorización al personal de University Behavioral Health Care para que me brinde servicios clínicos, incluidos los procedimientos y tratamientos de diagnóstico, radiológicos y/o terapéuticos, administración de casos, servicios residenciales, de extensión y de apoyo, que se consideren necesarios o aconsejables a mi cuidado. Esto incluye, entre otros, todas las pruebas y procedimientos de rutina. Reconozco que University Behavioral Health Care es un centro de enseñanza de Rutgers, la Universidad Estatal de Nueva Jersey, una persona jurídica o entidad política del estado de Nueva Jersey y una entidad pública, y que estudiantes de medicina, médicos y otros profesionales de la salud en período de formación pueden observar e involucrarse en el tratamiento y la atención. Entiendo que tengo el derecho de recibir información sobre la existencia de tratamiento brindado por estudiantes o internos de medicina, psicología, trabajo social y enfermería, entre otros, y a negarme a recibir tratamiento de dichos estudiantes o internos.

Autorizo a University Behavioral Health Care a llamarme y/o enviarme un correo electrónico o un mensaje de texto con anticipación para confirmar mis citas programadas:

Hogar:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Oficina:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Celular:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
E-mail:	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

**Si me admiten como paciente internado:** acepto participar en el tratamiento en la unidad y reconozco que debo notificar por escrito con 48 horas de anticipación si deseo el alta en contra de la recomendación médica. Entiendo que University Behavioral Health Care no es responsable de mis pertenencias personales y eximo a University Behavioral Health Care y a su personal de toda responsabilidad por la pérdida o el daño de mis bienes personales.

**Asignación de beneficios:** por el presente asigno y autorizo de manera irrevocable el pago directo a University Behavioral Health Care de cualquier seguro o beneficios de programas gubernamentales que de otro modo se me pagaran a cuenta de los servicios prestados por University Behavioral Health Care. Excepto cuando la ley disponga lo contrario, comprendo que soy económicamente responsable ante University Behavioral Health Care de los cargos que no cubra mi compañía de seguros y acepto pagar dichos cargos.

**Divulgación de información:** por el presente autorizo a University Behavioral Health Care a utilizar y divulgar a compañías de seguros, representantes de compañías de seguros, Medicare, Medicaid, agencias gubernamentales y otros garantes mi información médica protegida (que incluye, a modo de ejemplo, información de salud mental) a los fines de mi atención, la coordinación de la atención, la obtención del pago de servicios (que incluyen, a modo de ejemplo, la determinación de la elegibilidad, el proceso de reclamos del seguro, la utilización y la revisión de calidad o a los fines de facturación y recaudación), y operaciones de atención médica, que incluye la mejora de la calidad. Entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción en la forma en que se utiliza mi información médica protegida. Sin embargo, también entiendo que University Behavioral Health Care no tiene la obligación de aceptar esta solicitud.

Entiendo que la información contiene referencias al abuso de drogas o alcohol, y que esa información se divulgará. Entiendo que esta autorización no incluye la divulgación de información sobre VIH/SIDA, a menos que también haya incluido mis iniciales aquí \_\_\_\_\_.

Le doy a UBHC mi consentimiento para ingresar y ver mi información de salud protegida en el USTF (Formulario de transacciones de United Services)

Sí  No  NA (Programas de servicios de adicciones y unidades para pacientes hospitalizados)

Le doy consentimiento a UBHC para incluir la divulgación de diagnósticos de trastornos por uso de sustancias en el USTF

Sí  No  NA (Programas de servicios de adicciones y unidades para pacientes hospitalizados)

(Programas de servicios de adicciones SOLAMENTE) Doy consentimiento a UBHC para incluir mi información de salud protegida, incluida la divulgación de mi historial de uso de sustancias y tratamiento, a NJSAMS, una iniciativa/base de datos a nivel estatal que rastrea el tratamiento de abuso de sustancias de cada individuo en el estado de Nueva Jersey.

Sí  No

Esta autorización entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma y podré revocarla por escrito en cualquier momento mediante una solicitud por escrito, a menos que la información ya se haya utilizado o divulgado. Entiendo que tengo el derecho a realizar una copia de este formulario de autorización para mantener una constancia en mis registros.

**Acuse de recibo de la notificación sobre prácticas de privacidad:** al firmar a continuación, acepto que he recibido y revisado la Notificación sobre prácticas de privacidad de University Behavioral Health Care que especifica la forma en que mi información médica puede utilizarse o divulgarse. Entiendo que University Behavioral Health Care tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento y que el aviso revisado se publicará y estará disponible para mí en el sitio web de University Behavioral Health Care <https://ubhc.rutgers.edu/>

**Acuse de recibo de la declaración de derechos y el procedimiento de quejas del paciente:** al firmar a continuación, reconozco que se me ofreció una copia por escrito de la Declaración de derechos y el procedimiento de quejas del paciente, que explica mis derechos como paciente y el procedimiento para abordar una queja.

**CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDO ESTE FORMULARIO Y QUE NO SE ME HAN DADO GARANTÍAS DEL DESENLACE O LOS RESULTADOS QUE PUEDA OBTENER A PARTIR DE LOS TRATAMIENTOS, SERVICIOS, LAS PRUEBAS O LOS EXÁMENES QUE PUEDAN EXPLICARSE O REALIZARSE.**

**AUTORIZO A UNIVERSITY BEHAVIORAL HEALTH CARE DE RUTGERS Y A SUS AFILIADOS A DIVULGAR TODOS LOS REGISTROS RELACIONADOS CON ESTE CONSENTIMIENTO. HE LEÍDO Y COMPRENDO ESTE FORMULARIO, HE RECIBIDO UNA COPIA Y SOY EL PACIENTE QUE FIRMA ESTE FORMULARIO (O ESTOY AUTORIZADO A ACTUAR EN NOMBRE DEL PACIENTE PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO).**

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Firma del padre, madre, tutor legal o representante autorizado en nombre del paciente (Si el paciente es menor de 18 años de edad)