

**INFORMED CONSENT FOR SERVICES**

**SERVICES:** I understand that all services are voluntary. I have the right to be informed about services, to participate in the selection of services, and to withdraw this consent at any time, except to the extent that action has already been taken. Services include assessment, and may also include individual, group, family, and multifamily counseling; case management; medications; crisis intervention; recreational and vocational therapy; parent education; and independent living skills. Acceptance and participation in these services shall not affect access to other community services. I have the right to request a change of provider (staff person, therapist, psychiatrist and/or case manager).

**CONFIDENTIALITY:** I understand that my relationship with Colusa County Department of Behavioral Health is confidential unless I give written permission to release information to a specific source, except in certain life and death emergencies or by court order. I also understand that if a staff person seriously believes that I intend to harm others, or myself, or suspects child or elder or dependent adult abuse/neglect, s/he is legally and ethically bound to report this information to the appropriate authorities.

**CONTRACT FOR SERVICES:** I understand that I am responsible for cooperating with my clinician/psychiatrist/case manager, and for keeping my appointments or calling to cancel them in a timely manner. I understand that if I am more than ten minutes late for a group, I may not be admitted into the group. I also understand that if I fail to follow through, my case may be closed.

**ATTENDANCE AGREEMENT:** Our goal is to serve you in the best manner possible. In order for you or your child to receive the maximum benefit from therapy and/or psychiatric services, it is important that you cooperate in the development of your (or your child's) treatment goals and maintain regular attendance to scheduled appointments. I understand that I agree to participate in a minimum of once a month parent/child sessions or as directed by the therapist. I also agree that if my child is under 12 years old that I will remain on site while my child is in session. If you are unable to keep an appointment you must give a 24 hour advance cancellation notice.

**Two consecutive missed appointments** may result in the closure of your case.

**I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE STATEMENTS AND GIVE MY CONSENT FOR TREATMENT.** Unless I withdraw my consent earlier, this consent will expire two (2) years from the date of my signature. I have the right to receive a copy of this document. I reserve all rights provided to me by law not waived by the scope of this consent and authorization.

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| Client                        | Date |
| Parent / Guardian/Conservator | Date |
| Staff                         | Date |

Copy of signed consent given to client on \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <b>Colusa County Department of Behavioral Health</b><br><b>Informed Consent for Services</b> | <b>Client Name:</b> _____<br><b>Client Number:</b> _____ |
|--|--|

*CONSENTIMIENTO CON CONOCIMIENTO PARA SERVICIOS*

**SERVICIOS:** Entiendo que todos los servicios son voluntarios. Tengo el derecho de ser informado acerca de los servicios, de participar en sus selecciones y de retirar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida que tal acción haya sido realizada. Los servicios incluyen evaluación y también pueden incluir terapia individual, en grupo, en familia o multi-familia, manejo de casos, medicinas, intervención en casos de crisis, terapia recreacional y vocacional, educación a padres y enseñanza para vivir independientemente. La aceptación y participación en estos servicios no deben considerarse como un requisito para tener acceso a otros servicios comunitarios. Yo tengo el derecho de solicitar el cambio del proveedor, de empleado, de terapeuta y/o del administrador de mi caso.

**CONFIDENCIALIDAD:** Entiendo que mi relación con “Departamento de Salud Mental del Condado de Colusa” es confidencial a menos que yo haya dado permiso por escrito para darle información a otra entidad específica, excepto en ciertos casos de emergencias de vida o muerte o por una orden judicial. También entiendo que si un empleado cree seriamente que yo trato o voy a tratar de dañar a otros o a mí mismo, o sospecha de abuso a un menor o a un anciano o adulto dependiente, el/la está legal y éticamente obligado a informar eso a las autoridades apropiadas.

**CONTRATO PARA SERVICIOS:** Entiendo que soy responsable de cooperar con mi clínico/administrador del caso y de cumplir con mis citas o llamar para cancelarlas con debido tiempo. Entiendo que si estoy atrasado más de diez minutos para participar en un grupo, puedo no ser admitido en el grupo. También entiendo que si fallo en completar, mi caso puede ser cerrado.

**ACUERDO DE ASISTENCIA:** Nuestra meta es servirle de la mejor manera posible. A fin de que usted o su hijo/a reciba su beneficio al máximo de su terapia y/o su servicio Psiquiátrico, es importante que usted coopere en la meta de su desarrollo y tratamiento (o su hijo) en mantener su asistencia a sus citas. Entiendo y estoy de acuerdo en participar mínimo una vez al mes en la sesión de padre/hijo o como lo solicité la terapeuta. También estoy de acuerdo de esperar a mi hijo que es menor de 12 años de edad durante la sesión.

Si usted no está disponible de atender a su cita tiene que notificarnos antes de 24 horas para cancelar.

**Dos faltas consecutivas a su citas** resultara que cerremos su caso.

**HE LEIDO Y ENTIENDO LAS DECLARACIONES PRECEDENTES Y DOY CONSENTIMIENTO PARA MI TRATAMIENTO.** A menos que retire mi consentimiento con anterioridad, este consentimiento expirará dos (2) años a partir de la fecha de mi firma. Yo tengo el derecho de recibir una copia de este consentimiento. Me reservo todos los derechos dados por la ley no renunciados por el alcance de este consentimiento y autorización.

\_\_\_\_\_

Cliente

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Padre / Guardián/Protector

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Empleado del Departamento

\_\_\_\_\_

Fecha

Copia del consentimiento firmada se le ha dado al cliente en \_\_\_\_\_

**Colusa County Department of Behavioral Health**

**Consentimiento con Conocimiento para Servicios**

**Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Número del Cliente:** \_\_\_\_\_