

Consentimiento informado para tratamiento de salud mental común proporcionado a un menor

IMPORTANTE: POR FAVOR, LEA ESTE FORMULARIO DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMARLO. LOS SERVICIOS Y APOYOS DE SALUD MENTAL DISPONIBLES PARA USTED DEBEN SER EXPLICADOS ANTES DE QUE USTED FIRME.

Por el presente, acepto recibir servicios y apoyos de salud mental de Whitman-Walker Health para el tratamiento de inquietudes/síntomas de salud mental. Whitman-Walker Health me ha dado información sobre la finalidad, los efectos secundarios y posibles riesgos y beneficios, así como alternativas viables cuando correspondan para el tratamiento de salud mental identificado.

Nombre del Paciente, en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma: <i>(Si corresponde)</i>	Fecha:

Consentimiento de los padres o tutor legal (si corresponde):

Tengo derecho a aceptar o rechazar servicios y apoyos de salud mental para el paciente menor mencionado anteriormente, y por el presente acepto que el paciente menor reciba servicios y apoyos de salud mental con la finalidad de tratar de inquietudes/síntomas de salud mental.	
Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal, en letra de imprenta:	
Relación/parentesco con el paciente:	
Firma:	Fecha:

Consentimiento informado para el tratamiento (que no sea mediante medicación) por un psiquiatra

Diagnósticos:

EJE I:	
EJE II:	
EJE III:	

Por el presente, otorgo mi consentimiento (para mí/para mi hijo[a]) (dibuje un círculo alrededor de uno) para que reciba tratamiento realizado por un psiquiatra para el propósito de tratar inquietudes/síntomas de salud mental; Y

Mi proveedor de salud mental ha conversado conmigo acerca de lo siguiente:

- El diagnóstico y síntomas objetivo.
- Los posibles beneficios/resultados esperados del tratamiento.
- Los posibles riesgos y efectos secundarios.
- Posibles alternativas.
- Los posibles resultados de no aceptar el tratamiento.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento.

Comprendo también que tengo derecho a dar mi consentimiento informado o negarme a dar mi consentimiento para apoyos, servicios y tratamientos específicos de salud mental ofrecidos o recomendados.

COMPRENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA PROPORCIONADO Y MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICAN QUE OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO PROPORCIONADO A ESTE MENOR POR UN PSIQUIATRA EN WHITMAN-WALKER HEALTH.

O

_____ **PROPORCIONADO POR ORDEN JUDICIAL (copia adjunta)**

Iniciales del proveedor médico para verificar que se adjunta una copia

Nombre del Paciente, en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma: <i>(Si corresponde)</i>	Fecha:
Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal, en letra de imprenta:	
Relación/parentesco con el paciente:	
Firma:	Fecha:
Nombre del Profesional Médico y credenciales, en letra de imprenta:	
Firma:	Fecha: