|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WestCoast Children’s Clinic** | Nombre del consumidor: |  | | | |
| Fecha de nacimiento:  Sección: |  |  | |  |
|  |  |  | | |
|  |  | |  | |

**Material informativo: Sus derechos y responsabilidades**

**Notificación de recepción**

**Consentimiento para recibir los servicios**

Tal como se describe en la primera página de este folleto, al firmar a continuación usted acepta recibir de manera voluntaria los servicios de cuidado de la salud mental de parte de WestCoast Children’s Clinic. Si usted es el representante legal del beneficiario, su firma otorga este consentimiento.

**Material informativo**

La firma también significa que el material que figura marcado a continuación fue analizado con usted en un idioma o de una manera que pudiera entender, y que se le ha entregado el paquete para conservar en sus registros. Puede solicitar una explicación y/o copias de este material nuevamente y en cualquier momento.

**Notificación inicial:** Marque los casilleros a continuación para indicar qué material fue analizado con usted al ser admitido o en algún otro momento:

* Consentimiento para recibir los servicios
* Libertad de elección
* Confidencialidad y privacidad
* Información sobre las Directivas Anticipadas (para consumidores de 18 años en adelante y cuando cumplan 18 años)

*¿Alguna vez creó una Directiva Anticipada? 􀂅Sí* *􀂅No*

*Si la respuesta es sí, ¿podemos obtener una copia para conservar en nuestros registros? 􀂅Sí 􀂅No  
Si la respuesta es no, ¿podemos ayudarle a crear una? 􀂅Sí 􀂅No*

* Información para resolver problemas de los beneficiarios
* Mantenimiento de un lugar seguro y acogedor (no es material informativo obligatorio del estado)
* Aviso de prácticas de privacidad (Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud   
  [*Health Insurance Portability & Accountability Act*, HIPAA])

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del beneficiario:  (o del representante legal, si corresponde) | Fecha: |
| Iniciales del nombre del médico clínico/testigo del personal: | Fecha: |

**Aviso anual:** Su proveedor debe recordarle cada año que los materiales que se mencionaron anteriormente están disponibles para que los revise. Ponga sus iniciales y la fecha en un casillero a continuación para mostrar cuándo ocurrió eso.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: | Iniciales y fecha: |

Utilice un casillero cada año (ver arriba) para las fechas y las iniciales del nombre del ***beneficiario*** (o del representante legal).