



**City and County of San Francisco  
Department of Public Health**

**COMMUNITY BEHAVIORAL HEALTH SERVICES**

Name: \_\_\_\_\_

BIS#: \_\_\_\_\_

RU#: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO para Recibir Servicios del  
Procedimiento Comunitario de Servicios de Salud (CBHS)  
Servicios de Salud Mental y/o Tratamiento de Drogas y Alcohol**

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

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento del Procedimiento Comunitario de Servicios de Salud de San Francisco, (Community Behavioral Health Services) en \_\_\_\_\_.

Entiendo que cualquier propuesta de tratamiento se me explicara por el proveedor de (mi dependiente), incluyendo los riesgos, beneficios, y alternativas razonables. Entiendo que tendré la oportunidad de hacer preguntas y que mis preguntas serán contestadas.

Entiendo que los programas de CBHS proveen experiencias clínicas a una variedad de estudiantes en el campo del comportamiento de salud. Entiendo que estos individuos quien están bajo la dirección del supervisor del personal de la clínica, puede proveer tratamiento a mi o/a (mi dependiente).

Entiendo que el expediente mió o de (mi dependiente) son confidenciales y serán solamente compartidos como dice el Resumen del Departamento de Salud Publico Aviso a la Privacidad (DPH Summary Notice of Privacy). Entiendo que los proveedores de CBHS tiene que reportar a las autoridades apropiadas como es requerido por las leyes Federales y/o Estatales cuando, (1) mi proveedor piense que yo o (mi dependiente) puede dañarse a si mismo o a alguien mas, o (2) mi proveedor sospeche abuso de niños, a persona encargada, o personas de mayor edad.

He leído este consentimiento, recibido una copia y estoy de acuerdo con las condiciones. Entiendo que puedo retirar este consentimiento y parar de recibir servicios por este programa en cualquier momento

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Hora:** \_\_\_\_\_ A.M. /P.M.

**Firma/Marca:** \_\_\_\_\_

cliente/padre/conservador/otro representante legal

**Si es firmado por otra persona que no sea el cliente por favor indique su relación con el cliente:**

\_\_\_\_\_

Si el menor esta 1) emancipado/a (independencia legal de sus padres), o 2) tiene 12 años o mayor y califica para los servicios bajo el código de familia sección 6924 y/o 6929, el /ella puede dar consentimiento por el/ella mismo/a para recibir servicios firmando este formulario.

Si el cliente adulto no puede proveer su firma completa y no tiene un representate legal, su marca tiene que ser atestiguada por dos testigos.

**Testigo: 1.** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_ **Nombre y Titulo**

**Testigo: 2.** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_ **Nombre y Titulo**