



## CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para que realice una evaluación y proveer una referencia para servicios para \_\_\_\_\_.  
(Nombre del Proveedor)  
(Receptor(a) del Servicio)

Yo estoy de acuerdo en participar en el proceso de evaluación y referencias al máximo de mi habilidad.

Yo entiendo que este consentimiento permanecerá válido por un período de un (1) año, o hasta que retire mi consentimiento ya sea verbalmente o por escrito.

Yo entiendo que al firmar este formulario de consentimiento, le doy permiso al Seguro de Salud AHCCCS, a todos los miembros del Departamento de Elegibilidad y Evaluaciones y el plan de salud AHCCCS en cual estoy inscrito, para que accedan mi información y mis registros.

Yo entiendo que toda la información recopilada en el curso de este proceso de evaluación y referencias es confidencial, y únicamente podrá ser revelada en conformidad con leyes estatales y federales.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Yo deseo que me evalúen y se realice una determinación con respecto a mi elegibilidad a los servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI, por sus siglas en inglés)

*Yo entiendo que si soy elegible para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI), estaré inscrito(a) en un plan de salud integrado de una Autoridad Regional de Salud Mental (RBHA), que proporciona servicios integrales de salud física y mental. Entiendo que esto podría resultar en un cambio de mi proveedor de cuidado de la salud física.*

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Yo no deseo que me consideren para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI) y sólo deseo una referencia para servicios de Salud Mental General (GMH, por sus siglas en inglés)

\_\_\_\_\_ (Iniciales) Yo entiendo que previamente fui determinado(a) elegible para recibir servicios de Enfermedad Mental Grave (SMI). Yo estoy de acuerdo con una nueva Evaluación de Salud Mental con el propósito de actualizar la información y participar de nuevo en servicios de SMI.

\_\_\_\_\_ (Iniciales) El solicitante no da su consentimiento, pero está bajo tratamiento ordenado por el tribunal (COT) y se le ordena participar en el proceso de elegibilidad de SMI. \*Tiene que incluir documentos judiciales juntos con el plan de tratamiento aprobado.

\_\_\_\_\_  
Receptor/a del Servicio (Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
Receptor/a del Servicio (Firma)

\_\_\_\_\_  
Fecha



---

Padre/Madre/Guardián Legal

---

Fecha

---

Miembro del Personal (Testigo)

---

Fecha

\* Consentimiento verbal (iniciales del personal). Certifico que el solicitante proporcionó consentimiento verbal para la Evaluación de SMI.