



CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN

Autorizo a _____ para que haga una evaluación y una remisión para los servicios de
(Nombre del proveedor)

(Receptor del servicio)

Acepto participar en el proceso de evaluación y remisión según mi leal saber y entender.

Entiendo que este consentimiento será válido por un período de un (1) año o hasta que retire mi consentimiento de manera verbal o por escrito.

Entiendo que, firmando este formulario de consentimiento, estoy autorizando al Sistema de Reducción de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), a todos los integrantes del Departamento de Elegibilidad y Evaluaciones, y a mi plan médico inscrito en AHCCCS para que consulten mi información y registros.

Entiendo que toda la información recopilada en el transcurso de este proceso de evaluación y remisión es confidencial, y solo puede revelarse según la ley estatal y federal.

_____ (Iniciales) Quiero que me hagan la evaluación y que tomen una decisión sobre mi elegibilidad para los servicios de trastorno emocional grave (SED).

_____ (Iniciales) No quiero que me consideren para recibir los servicios de trastorno emocional grave (SED) y quiero que me remitan solamente a los servicios de salud mental general (GMH).

_____ (Iniciales) Entiendo que previamente se determinó que soy elegible para los servicios de trastorno emocional grave (SED). Acepto que me hagan una nueva evaluación de salud mental para actualizar información y volver a participar en los servicios de SED.

_____ (Iniciales) El solicitante no da su consentimiento, pero está bajo tratamiento ordenado por un tribunal (COT), y se le ordena participar en el proceso de elegibilidad para SED. *Debe incluir documentos judiciales

Receptor del servicio (letra de molde)

Receptor del servicio (firma)

Fecha

Padre/Tutor legal

Fecha

Integrante del personal (testigo)

Fecha

*Consentimiento verbal (iniciales del personal): Certifico que el solicitante dio su consentimiento verbal para la evaluación de SED.

Solari
1275 W. Washington, Suite 201
Tempe, AZ 85288
Línea gratuita: 1-855-832-2866
community.solari-inc.org/eligibility-and-care-services

Línea para casos de crisis
Estatad: 1-844-534-4673
Nacional: 9-8-8