

# DAYMARK RECOVERY SERVICES

Medicaid No:

DOB:

Client:

MR#:

## AUTORIZACION PARA RECIBIR TRATAMIENTO

**AUTORIZACION DE TRATAMIENTO:** Yo voluntariamente pido y consiento los servicios rutinios de tratamiento diagnostico, prevención y terapéuticos y procedimientos de médicos, proveedores de salud o agencias contratadas por DAYMARK Recovery Services. Yo además autorizo que se haga el tratamiento apropiado, incluyendo tratamiento terapéutico y de diagnostico, que pueda ser determinado por el medico o proveedor al cuidado del consumidor, necesario o beneficioso. Comprendo que la práctica de la medicina del comportamiento no es una ciencia exacta y el conocimiento de que no se han hecho garantías acerca del resultado de dicho tratamiento y cuidados. He recibido la orientación sobre el folleto de servicios.

**SEGUIMIENTO:** Estoy de acuerdo en ser contactado después de que el consumidor deje los servicios para que DAYMARK pueda averiguar acerca de la condición del consumidor y su satisfacción con los servicios.

**AUTORIZACION PARA TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA:** En caso de una emergencia, yo doy autorización a DAYMARK Recovery Services o personal de sus agencias contratadas obtener tratamiento de emergencia de parte del doctor familiar del consumidor o la sala de emergencia de un hospital local y/o el uso de una ambulancia. Yo comprendo que solo la mínima información de salud necesaria, escrita o verbal, puede ser compartida con los proveedores de tratamiento de emergencia para cumplir con las necesidades adecuadas de la emergencia.

En caso de que sea necesario algún servicio médico o dental bajo el cuidado de DAYMARK Recovery Services, requiriendo que reciba tratamiento de otra instalación, usted o su persona legalmente responsable son completamente responsables de TODO/HONORARIOS/CARGOS incurridos por los servicios que recibe (por ejemplo, fractura de ambulancia, fractura de hospital, fractura de atención urgente, fractura de radiología, etc.)

**RESPONSABILIDADES Y DERECHOS DEL CONSUMIDOR:** Yo he recibido el manual de *Sus derechos y responsabilidades* y entiendo que el manual también es disponible en la página de web de Daymark ([www.daymarkrecovery.org](http://www.daymarkrecovery.org)). El manual explica los derechos del consumidor y responsabilidades, el proceso de quejas del consumidor, búsqueda y ataque y los procedimientos de suspensión y expulsión. Explica los derechos y responsabilidades del consumidor. Yo entiendo que puedo hacer preguntas para clarificación si es que tengo alguna pregunta o preocupación. También puedo **solicitar** una copia de esta información en cualquier momento. Estoy de acuerdo en mantener confidencial toda la información acerca del consumidor y no divulgaré o discutiré con ninguna persona o agencia fuera de DAYMARK.

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD:** También he recibido, y he tenido la oportunidad de leer, el *Aviso de prácticas de privacidad de DAYMARK* que explica como DAYMARK usan y comunican mi información confidencialmente. Comprendo que debo de hacer preguntas o discutir cualquier preocupación en el momento de mi primer contacto con el proveedor o el personal que haya sido asignado. Comprendo que puedo pedir restricciones de cómo se puede usar y comunicar mi información confidencialmente y que en situaciones específicas puedo pedir restricciones no sean honradas por razones de leyes federales y estatales o alguna otra situación especial.

**RECETA ELECTRONICA:** DAYMARK ofrece la posibilidad de enviar electrónicamente las recetas a la farmacia de su elección. La receta electrónica es un elemento importante para mejorar la calidad de servicios.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN RESTRICTIVA:** Daymark puede utilizar intervenciones restrictivas específicamente Día de Tratamiento de Niños y Adolescentes y Programas de Infraestructura Basada en Crisis. Daymark puede utilizar las Restricciones Físicas, Aislamiento, Tiempo de Espera o una combinación de cualquiera de los anteriores, solo sobre la base de emergencia después de que se hayan agotado las medidas menos restrictivas. Estas intervenciones solo son aplicables en respuesta a los necesitados de intervención en emergencias como evidencia de comportamiento extremo que puede causar lesiones al consumidor o a otras personas. Entiendo que, como una persona legalmente responsable de un cliente menor a adulto incompetente, Yo seré notificado inmediatamente después de cualquier uso de restricción física.

Si reporte no tener ningún médico de atención primaria, me dieron una copia de una lista de clínicas gratuitas y/o médicos de atención primaria.

Tenga en cuenta que hay servicios que algunos centros pueden ser capaces de proporcionar mejor a través de videoconferencia. Estos servicios podrían incluir una evaluación o servicios médicos psiquiátricos en curso

***Mi firma abajo indica que recibí una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Legalmente Responsable/Relación al Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre de la Persona Legalmente Responsable

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo (Se requiere solo si la firma es una "X", marca o símbolo)*