



**СОГЛАСИЕ на получение услуг по программам охраны психического здоровья/лечения от наркозависимости и алкоголизма, предоставляемым социальными службами психического здоровья**

**Имя и фамилия клиента**

Я даю согласие на получение услуг по лечению, предоставляемых Городской службой психического здоровья Сан-Франциско (CBHS) в \_\_\_\_\_.

Я понимаю, что любое предлагаемое лечение, в том числе риски, преимущества и разумные альтернативы, будут объяснены мне моим (моего подопечного) поставщиком услуг. Я понимаю, что у меня будет возможность задать вопросы и получить ответы на них.

Я понимаю, что в рамках программ CBHS предоставляется клиническая практика для практикантов различных специальностей, связанных с психическим здоровьем. Я понимаю, что у этих людей будет право лечить меня (моего подопечного) под руководством и наблюдением клинического персонала.

Я понимаю, что информация о моем здоровье может быть передана через защищенную сеть уполномоченным поставщикам медицинских услуг/медицинским организациям с целью предоставления лечения, координации мероприятий по уходу и улучшения качества обслуживания. Информация о психическом здоровье может включать, в числе прочего, сведения о лечащем персонале, лекарствах, аллергиях, текущих и прошлых результатах лабораторных исследований, иммунизации, а также показатели жизненно важных функций и даты клинических приемов. Эта информация исключает, как предусмотрено частью 2 42CFR, сведения о лечении расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Я понимаю, что могу отозвать свое согласие в любой момент.

Я понимаю, что, помимо упомянутых выше уполномоченных поставщиков медицинских услуг, мои (моего подопечного) записи о лечении являются конфиденциальными и могут быть раскрыты только в соответствии с Кратким уведомлением о конфиденциальности DPH.

Я понимаю, что поставщики CBHS обязаны сообщать в соответствующие органы, как того требует закон штата и/или федеральное законодательство, о случаях, когда (1) мой поставщик считает, что я могу (мой подопечный может) причинить вред себе или кому-либо еще, или (2) мой поставщик подозревает жестокое обращение с ребенком, совершеннолетним подопечным или пожилым человеком. Я прочитал это согласие, получил его копию и принимаю его условия. Я также понимаю, что в любое время могу отозвать свое согласие и прекратить получать услуги в рамках этой программы.

**Подпись или подпись путем отметки:** \_\_\_\_\_

клиент/родитель/опекун/другой законный представитель

**Дата:** \_\_\_\_\_  
полудня

**Время:** \_\_\_\_\_ до полудня/после

Если подписано не клиентом, а кем-то другим, должно быть указано юридическое отношение к клиенту:

\_\_\_\_\_

Несовершеннолетний, который 1) признан дееспособным или 2) достиг возраста 12 лет и старше и имеет право на получение услуг в соответствии с разделами 6924 и/или 6929 Семейного кодекса, может дать согласие на получение услуг и подписать эту форму от своего имени.

Если совершеннолетний клиент не может поставить свою полную подпись и не имеет законного представителя, его/ее отметку должны засвидетельствовать два человека.

**Свидетель 1:**

\_\_\_\_\_

**Подпись**

\_\_\_\_\_

**Имя и форма обращения печатными буквами**

**Свидетель 2:**

\_\_\_\_\_

**Подпись**

\_\_\_\_\_

**Имя и форма обращения печатными буквами**