



## CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CUIDADO

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ para que realice una evaluación y provea una referencia  
(Nombre del Proveedor)

de servicios para \_\_\_\_\_.  
(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 mientras yo esté inscrito/a en Magellan Health Services of Arizona, la Autoridad Regional de la Salud del Comportamiento del Condado Maricopa (RBHA por sus siglas en inglés), o hasta que retire mi consentimiento.

Yo entiendo que al firmar esta forma de consentimiento, estoy dando permiso al Departamento de Servicios de Salud de Arizona / División de Servicios para la Salud del Comportamiento, a todos los miembros del Departamento de Elegibilidad y Evaluaciones y a Magellan Health Services of Arizona, la autoridad RBHA, 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 revelado en conformidad con las leyes estatales y federales.

Yo estoy de acuerdo en participar en la evaluación y que se me refiera a un nivel apropiado de servicio basado en los resultados de dicha evaluación.

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

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

Yo entiendo que previamente se ha determinado que soy elegible a los servicios para una Enfermedad Mental Seria (SMI) y esta determinación será mantenida. Yo estoy de acuerdo con una nueva Evaluación de Salud Mental con el propósito de actualizar la información y volver a recibir los servicios de SMI. \_\_\_\_\_ (Iniciales)

\_\_\_\_\_  
Receptor/a del Servicio (letra de molde)

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Miembro del Personal (Testigo)

\_\_\_\_\_  
Fecha