

Nombre legal (por favor use letra de molde)

Fecha de nacimiento

# ID WellPower

**Consentimiento para recibir servicios.** Doy mi consentimiento a los servicios ofrecidos por WellPower. Entiendo que el objetivo principal de estos servicios es ayudarme a lograr una vida de bienestar. Mi consentimiento es voluntario y seguirá siendo válido mientras esté en régimen abierto con WellPower. Este consentimiento se aplica a todo el personal de WellPower que pueda prestarme servicios y permite el intercambio de información entre el personal de WellPower, según lo permita la ley. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, a menos que exista una orden judicial de tratamiento involuntario. El retiro del consentimiento no afectará las acciones ya tomadas, o en curso, por WellPower. WellPower también tiene derecho a dejar de prestarme servicios.

**Divulgación de información.** Entiendo que WellPower necesitará información sobre mis circunstancias pasadas y presentes para proporcionarme los servicios adecuados. Además, entiendo que, si alguno de mis proveedores no tiene acceso a la información necesaria para mi tratamiento, según lo determine el proveedor en su opinión profesional, WellPower puede interrumpir el tratamiento. Entiendo que, si actualmente estoy en libertad condicional o bajo libertad vigilada, es posible que tenga que firmar una autorización para divulgar información para que mi proveedor clínico pueda hablar con mi oficial de libertad vigilada o de libertad condicional.

**Confidencialidad.** Entiendo que la información sobre mí, incluyendo la información en mi expediente médico y la información compartida por mí durante las sesiones de terapia, es confidencial y no puede ser revelada sin mi permiso. Hay algunas excepciones a esta regla general de confidencialidad. Las circunstancias bajo las cuales la información puede ser compartida legalmente sin mi permiso incluyen, pero no se limitan a: peligro para mí o para otros; sospecha o evidencia de abuso o negligencia de un niño, anciano o adulto en riesgo; o discapacidad grave.

**Fotografías.** Acepto que WellPower pueda tomar mi fotografía para fines de identificación, seguridad u otros fines administrativos, y entiendo que WellPower tratará dichas fotografías como confidenciales. Tengo derecho a decir que no quiero que me tomen una fotografía, y WellPower respetará esa petición. Una vez que se tome mi fotografía, no puedo pedir a WellPower que la retire de su sistema electrónico. Cualquier otra fotografía o video mío requiere un consentimiento por separado.

**Informe del CBI.** Entiendo que WellPower puede solicitar un informe de la Oficina de Investigación de Colorado (CBI por sus siglas en inglés) si hay algún problema de seguridad.

**Datos de los resultados.** Entiendo que WellPower recopila datos sobre los resultados de los servicios prestados como parte de la prestación de servicios de rutina, y puede utilizar los datos para la evaluación del programa, la obtención de fondos o la realización de presentaciones profesionales. Autorizo a WellPower a recopilar y utilizar los datos de los resultados de mis servicios. Si WellPower utiliza los datos, no se revelará ninguna información de identificación. Puedo retirar este permiso en cualquier momento notificando a WellPower por escrito, pero el retiro de este permiso no afectará los datos ya recolectados o utilizados por WellPower.

**Objetos de valor.** Entiendo que WellPower no es responsable de la pérdida o daño de cualquier artículo de valor que traiga a WellPower. Estos pueden ser cosas como dinero, joyas, lentes, prótesis dentales, audífonos, dispositivos electrónicos, teléfonos celulares, documentos, dispositivos médicos personales u otros artículos de valor.

**Derechos.** Entiendo que mientras reciba servicios de WellPower, tengo derecho a:

- Una atención y un trato respetuoso que reconozca mi dignidad, mis valores culturales y mis creencias religiosas.
- Participar en la planificación y/o revisión de mi plan de tratamiento.
- Recibir información sobre los métodos de terapia, las técnicas utilizadas, la duración de la terapia (si se conoce) y la estructura de pagos.
- Rechazar los servicios, después de haber sido informado de los posibles riesgos, beneficios y alternativas de mi rechazo, a menos que un médico determine que el rechazamiento sería inseguro para mí o para otros, o que un tribunal ordene el servicio.
- Conocer los nombres, la situación profesional y la experiencia del personal que me presta servicios.
- Presentar una queja o reclamación sobre WellPower sin temor a represalias y ser informado de los procedimientos para presentar una queja o reclamación, incluyendo la información de contacto.
- Que me hablen de una manera y en un idioma que pueda entender.
- Buscar una segunda opinión de un proveedor ajeno a WellPower, pero yo me encargaré de los costes y las gestiones.

**Para los padres/cuidadores que dan su consentimiento en nombre de un menor.** Si soy un padre/cuidador de un niño(a) menor de edad nombrado arriba y se relaciona conmigo personalmente, entiendo que, si recibo mi propio tratamiento de salud mental en WellPower, puede ser necesario que los proveedores clínicos del equipo de tratamiento de mi hijo(a) se comuniquen con los proveedores clínicos de mi equipo de tratamiento; revisen la información en mi registro de salud electrónico de WellPower; e ingresen la documentación en mi registro de salud electrónico de WellPower. Doy mi consentimiento para este uso de mi información de salud.

**ACUERDO.** Al firmar abajo, reconozco que he leído, entendido y aceptado este formulario de consentimiento de servicios, y que he recibido una copia de este formulario. También reconozco que se me ha proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad de WellPower.

**X**

Firma de la persona o del representante personal

Fecha de la firma

Nombre del representante personal (si procede)

Relación