

iAMERICA WELLNESS — Paquete Completo de Admisión

1 Consentimiento para el Tratamiento de un Menor

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/madre o tutor legal: _____

Relación con el menor: _____

Yo, como padre/madre o tutor legal del menor anteriormente mencionado, doy mi consentimiento voluntario para que reciba servicios de salud conductual a través de iAMERICA WELLNESS, que pueden incluir:

- Evaluaciones psicológicas y diagnósticas
- Terapia individual, grupal o familiar
- Consulta médica o psiquiátrica
- Servicios de apoyo o desarrollo de habilidades
- Coordinación escolar o comunitaria

Afirmo que tengo autoridad legal completa para otorgar este consentimiento (documentación disponible si se requiere)

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del menor (si tiene 14 años o más): _____ Firma del personal/testigo: _____

2 Consentimiento para Servicios con Diagnóstico Dual

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo recibir servicios que aborden mis necesidades de salud mental y uso de sustancias, que pueden incluir:

- Terapia para diagnósticos duales
- Apoyo para la recuperación o prevención de recaídas
- Atención médica o psiquiátrica
- Administración de casos o servicios de pares

Entiendo que:

- Mi equipo podrá compartir información internamente para coordinar los servicios
- La información sobre uso de sustancias está protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2)
- Puedo retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento
- Este consentimiento promueve el tratamiento integrado según mis necesidades

Autorizo compartir información entre los siguientes: Terapeuta Administrador de casos Consejero de sustancias Psiquiatra / Médico Entrenador de recuperación por pares Otro: _____

Firma del cliente: _____ **Fecha:** _____ **Firma del personal:**

3 Autorización del Tutor Legal para Servicios

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Nombre del tutor: _____ **Relación con el cliente:** _____

Confirmando que tengo la autoridad legal para dar consentimiento en nombre del cliente mencionado anteriormente y he proporcionado (o proporcionaré) la documentación necesaria.

Autorizo a iAMERICA WELLNESS a brindar servicios de salud conductual y apoyo que pueden incluir:

- Evaluaciones psicológicas
- Terapia de salud mental o diagnósticos duales
- Revisión de medicamentos o consulta psiquiátrica
- Desarrollo de habilidades, servicios de pares o coordinación de servicios
- Planificación para crisis o coordinación con agencias externas

Se adjunta / está disponible documentación legal de tutoría

Firma del tutor: _____ **Fecha:** _____ **Firma del personal:** _____ **Fecha:** _____

4) Autorización para Divulgar u Obtener Información (ROI)

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Autorizo a iAMERICA WELLNESS a: Divulgar información a Obtener información de Intercambiar información con

Nombre de la persona o agencia: _____ **Propósito de la divulgación:** Coordinación del tratamiento Legal / Forense Beneficios / Elegibilidad Solicitud del cliente Otro: _____

Información que se compartirá (marcar todas las que correspondan): Registros de salud mental Información sobre uso de sustancias (42 CFR Parte 2) Medicación / información médica Evaluaciones psicológicas Registros educativos o de empleo Documentos legales o judiciales Expediente clínico completo Otro: _____

Válido desde: _____ hasta: _____ Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento

Firma del cliente/tutor: _____ **Fecha:** _____ **Firma del personal/testigo:** _____

5) Reconocimiento de Prácticas de Privacidad (HIPAA)

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:**

Reconozco que he recibido o se me ha ofrecido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de iAMERICA WELLNESS, el cual explica cómo puede utilizarse o compartirse mi información médica y mis derechos según HIPAA.

Firma del cliente/tutor: _____ **Fecha:** _____ **Firma del personal:**

—

6) Consentimiento para Servicios de Telemedicina

Nombre del cliente: _____ **Fecha de nacimiento:**

Autorizo recibir servicios a través de telemedicina, incluidos teléfono, videollamada u otras plataformas seguras.

Entiendo que:

- Las sesiones serán privadas y seguras en la mayor medida posible
- La tecnología puede implicar riesgos limitados de confidencialidad, pero existen medidas de protección
- Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento y solicitar servicios presenciales
- Soy responsable de garantizar privacidad en mi entorno durante las sesiones

Firma del cliente/tutor: _____ **Fecha:** _____ **Firma del personal:**
