

Misión de LFS: Lutheran Family Services expresa el amor de Dios por todas las personas al proporcionar calidad en los servicios de cuidado humano para construir y fortalecer la vida individual, familiar y comunitaria.

Consentimiento del Cliente para Tratamiento/Servicio

Nombre del Cliente	Iniciales	Fecha de Nacimiento	EHR/Número de Cliente
--------------------	-----------	---------------------	-----------------------

_____ **Autorización para Tratamiento:** Por la presente autorizo a Lutheran Family Services (LFS) el proveer cuidado, apoyo y/o servicios de salud del comportamiento y/ tratamiento que llegase a ser necesario o aconsejable para tratarme a mí, o al individuo por el cuál estoy legalmente autorizado para proveer este consentimiento, síntomas, diagnóstico, preocupaciones de salud mental y/o necesidades de apoyo. Estoy consciente de que las prácticas autorizadas a continuación no son una ciencia exacta y admito que no hay garantías de ningún resultado en particular o un resultado que se me haya hecho relacionado a los servicios o tratamiento que estoy autorizando a LFS para proporcionar. Además, comprendo que LFS puede proporcionarme referencias para servicios adicionales.

_____ **Reconocimiento de los Derechos y Responsabilidades de los Clientes de LFS:** Reconozco que he recibido y leído los Derechos y Responsabilidades de los Clientes de LFS. Mis derechos y responsabilidades me han sido adecuadamente explicados y mi consentimiento aquí proporcionado es con pleno conocimiento del contenido de estos derechos y responsabilidades.

_____ **Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad de LFS:** Se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de las Prácticas de Privacidad y solicitar clarificación de alguna parte que no entendiera. Se me ha brindado una copia de sus Prácticas de Privacidad.

_____ **Tratamiento Médico de Emergencia:** Entiendo que el personal de LFS llamará al 911 por mí o por el tratamiento del individuo de acuerdo a este consentimiento en el caso de una emergencia médica aparente, ya sea física o emocional, al estar en la oficina de LFS o durante los servicios de cara a cara que se proporcionen a mí o al individuo tratado de acuerdo a este consentimiento fuera de la oficina de LFS.

_____ **Autorización para Transportación:** Por la presente autorizo que LFS me proporcione transporte a mí o a miembros de mi familia enlistados en este formulario de consentimiento si el transporte es ofrecido por el programa y/o servicio del cual soy partícipe. (**PERSONAL:** Si no es aplicable, anote NA y la inicial en la línea)

Por favor enliste a Miembros de Familia y sus Fechas de Nacimiento (DOB; por sus siglas en inglés) que pudiesen ser transportados:

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____



Accredited by the Council on Accreditation



A United Way Affiliate



Lutheran Services in America Affiliate

Misión de LFS: *Lutheran Family Services expresa el amor de Dios por todas las personas al proporcionar calidad en los servicios de cuidado humano para construir y fortalecer la vida individual, familiar y comunitaria.*

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: _____

_____ **Representante Autorizado:** Por la presente autorizo a LFS, sus proveedores de servicio y representantes a actuar en mi representación para recuperar declaraciones de beneficios, apelar determinaciones de beneficios adversas, y tomar cualquier acción considerada necesaria para obtener el pago por los servicios proporcionados por LFS. Comprendo que soy responsable por todos los copagos, coaseguro y montos deducibles determinados por mi proveedor de seguro al momento de los servicios a menos de que otros arreglos de pago se hayan establecido.

_____ **Reconocimiento de la Información de Contacto:** Por el presente acepto el informar a LFS sobre cualquier cambio sobre mi información de contacto.

Por la presente reconozco que, cuando sea apropiado, personal de LFS podría colaborar con relación a mi caso para el propósito de referencia, tratamiento y/o coordinación de mi cuidado.

La firma debajo certifica que él o ella ha leído y entiende lo mencionado previamente y es el cliente, el guardián del cliente, poder legal, padre, o está debidamente autorizado por o en representación del cliente para llevar a cabo lo previamente mencionado y aceptar los términos.

_____	_____	_____
Firma del Cliente Guardián	Relación con el Cliente	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Personal de LFS	Título	Fecha
_____	_____	_____
Firma del Intérprete	Título	Fecha

