



**CONSENTIMIENTO INFORMADO/CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Le agradecemos por elegir Chestnut Health Systems, Inc. para sus servicios de tratamiento. En Chestnut, procuramos equipar a las personas con las herramientas necesarias para superar desafíos y mejorar su calidad de vida. Este documento contiene información importante sobre sus servicios de tratamiento en Chestnut. Pregunte cualquier cosa que no entienda.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Los servicios médicos conductuales tienen beneficios y riesgos. Los servicios de tratamiento pueden ayudarlo a conocerse a usted mismo, manejar su vida y sus relaciones, ganar y mantener la esperanza y el sentido de bienestar, y tener varios otros efectos positivos en su vida. Sin embargo, dado que los servicios de tratamiento con frecuencia involucran trabajar con aspectos difíciles de su vida, puede experimentar sentimientos de incomodidad, como tristeza, enojo, culpa, frustración u otras emociones complejas.

Su primera consulta será una evaluación de sus necesidades, seguida por recomendaciones para su tratamiento. Luego, trabajará con el personal de Chestnut para desarrollar un plan de tratamiento que delineará sus objetivos de tratamiento y un plan para alcanzarlos. Su asistencia periódica y su participación activa son fundamentales para obtener los beneficios máximos del tratamiento.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Busco voluntariamente los servicios de Chestnut con los fines de diagnóstico y tratamiento médico conductual y, por el presente, autorizo la realización de dichos procedimientos de diagnóstico y tratamiento, según sean necesarios para mi persona, o, en mi calidad de tutor legal, para el paciente. Comprendo que las instalaciones de Chestnut no son un centro de tratamiento cerrado. Reconozco que tengo información suficiente sobre la naturaleza y los fines de los programas de tratamiento de Chestnut; se me han explicado sus procedimientos y métodos de tratamiento para poder tomar una decisión informada sobre mi tratamiento. Autorizo al personal de Chestnut a determinar los métodos de tratamiento necesarios para el éxito de mi tratamiento.

Comprendo que los empleados de Chestnut pueden acceder a mi información médica en el curso de sus actividades, sin importar si soy un empleado o familiar de un empleado de Chestnut o si mantengo una relación personal con un empleado de Chestnut. La información médica de un empleado o familiar de un empleado será tratada de la misma manera que cualquier otra información médica recibida por Chestnut.

Comprendo que tengo el derecho para dar o denegar mi consentimiento informado respecto a mi tratamiento. Comprendo que, si decido quitar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento, se me dará de alta de los servicios.

Mi firma abajo es una confirmación de que he recibido, leído y comprendido este documento de consentimiento informado/consentimiento para el tratamiento y que, por el presente, autorizo voluntariamente el tratamiento en Chestnut.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente y fecha  
(requerido para clientes de 12 años de edad o mayores)

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor y fecha  
(padre o tutor legal, según corresponda)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar y fecha  
(opcional)

Nombre del cliente:	ID del cliente:
---------------------	-----------------