



PATIENT I.D. DATA:

(Name, DOC#, DOB)

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE
(Nombre, Núm. del DOC, Fecha - nacimiento)

CONSENT FOR EVALUATION AND INITIATION OF MENTAL HEALTH TREATMENT CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION Y COMIENZO DEL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

- I. The Department of Corrections (DOC) offers mental health evaluations or treatment to patients needing services (see Policy Directive DOC 630.500, Mental Health Services).
El Departamento Correccional (DOC) ofrece evaluaciones o tratamiento de salud mental para los pacientes que necesitan estos servicios (vea la Política DOC 630.500, Servicios de salud mental).
- II. You have the following rights whether or not you consent to evaluation or treatment:
Usted tiene los derechos siguientes si acepta o no la evaluación o el tratamiento:
- ❖ You generally have a right to refuse evaluation and treatment (including medications) at any time. However, if health care staff determine that you are an immediate risk to harm yourself or others or if you meet other requirements (see Policy Directive 630.540, Involuntary Antipsychotic Administration and Policy Directive DOC 610.010, Consent for Health Care), you may be given evaluation and/or treatment (including medications) against your will.
En general, usted tiene el derecho de rehusar la evaluación y el tratamiento (incluyendo medicamentos) cuando sea. Sin embargo, si el personal médico piensa que usted presenta un riesgo inmediato de hacer daño a sí mismo u otros o si reúne otros requisitos (vea Política DOC 630.540 Administración involuntaria de anti-psicóticos y DOC 610.010 Consentimiento del interno para la atención médica), es posible que le hagan una evaluación y que le den tratamiento (incluyendo medicamentos) contra su voluntad.
 - ❖ If you elect to refuse recommended mental health evaluation or treatment, you will be informed of possible risks of refusing service (DOC form 13-048).
Si usted elige rechazar la evaluación o el tratamiento de salud mental recomendado, se le informará de los posibles riesgos de rehusar estos servicios (formulario DOC 13-048).
 - ❖ You have a right to review, ask questions about, and offer suggestions related to your mental health treatment. Your suggestions may or may not be followed.
Usted tiene el derecho de revisar, hacer preguntas y ofrecer sugerencias acerca del tratamiento para su salud mental. Se puede o no seguir sus sugerencias.
 - ❖ You have a right to make a complaint about your mental health evaluation or treatment either to the local Correctional Mental Health Program Manager (CMHPM) or other staff member in charge of mental health if you are not able to resolve the issue with your provider or through a grievance process. **NOTE: You must try to resolve the issue with your provider or his/her supervisor before going to the local mental health staff member who is in charge.**
*Usted tiene el derecho de hacer una queja acerca de la evaluación o tratamiento de su salud mental, que sea al Administrador del Programa Correccional de Salud Mental (CMHPM) u otro miembro del personal a cargo de la salud mental si no puede resolver los asuntos con su proveedor o por medio de un proceso de quejas. NOTA: **Usted tiene que tratar de resolver el problema con su profesional de salud mental o con su supervisor antes de contactar al administrador local de salud mental.***
 - ❖ You have a right to review your mental health records, unless there is a clinical reason to prohibit this review. This request must be in writing.
Usted tiene el derecho de revisar sus archivos de salud mental, a menos que haya una razón clínica por prohibir este estudio. Usted tiene que hacer su petición por escrito.
 - ❖ You have a right to inquire as to the qualifications of your provider to render a specific treatment.
Usted tiene el derecho de pedir las cualificaciones de su profesional de poder darle cierto tratamiento.
- III. You should be informed about the following before starting a mental health evaluation or treatment (see Policy Directive DOC 610.010, Consent for Health Care):
Se deberá de informar a usted acerca de lo siguiente antes de que comience la evaluación o el tratamiento para la salud mental (Política DOC 610.010 Consentimiento del interno para la atención médica):

Continued on back / *Siga al dorso*



PATIENT I.D. DATA:

(Name, DOC#, DOB)

DATOS DE IDENTIDAD DEL PACIENTE
(Nombre, Núm. del DOC, Fecha - nacimiento)

CONSENT FOR EVALUATION AND INITIATION OF MENTAL HEALTH TREATMENT CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION Y COMIENZO DEL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

- ❖ The nature of and reason for the proposed evaluation or treatment.
La naturaleza de y el motivo para la evaluación o el tratamiento propuestos.
- ❖ What options you may have other than the recommended treatment.
Que opciones pueda tener usted aparte del tratamiento recomendado.
- ❖ The possible risks and benefits of the recommended evaluation or treatment and of other options you may choose (including no treatment).
Los posibles riesgos y beneficios de la evaluación o tratamiento recomendados y de las otras opciones que usted puede elegir (incluyendo la de no tratamiento).

NOTE: Informed consent does not mean that you are consenting to release information.

It is important to know that there are times when some information about your mental health may be disclosed to others without your consent. This is only done in accordance with state and federal laws and DOC policies and is limited to the amount necessary to meet the legal or policy requirement.

NOTA: El consentimiento informado no significa que usted da su permiso a revelar información.
Es importante que usted sepa que hay veces cuando se comparten algunos datos de su salud mental a otras personas sin su consentimiento. Sólo se hace para cumplir con leyes estatales y federales y políticas del DOC y se limita a la cantidad necesario para cumplir con los requisitos legales o de política.

CONSENT/CONSENTIMIENTO

Place an X in the box next to the statement that applies to you:
Ponga una X en la casilla junto al enunciado que le aplica a usted:

Yes/Sí No

1. I have been informed about my rights to consent or not to consent to evaluation or treatment.
Me han informado de mi derecho de dar o no mi consentimiento para la evaluación o
2. * I agree to receive and participate in a mental health *evaluation* at this time.
Estoy de acuerdo en recibir y participar ahora en la evaluación de mi salud mental.
3. * I agree to receive and participate in mental health *treatment* at this time.
Estoy de acuerdo en recibir y participar ahora en el tratamiento de mi salud mental.

Specify treatment:

Epecifique el tratamiento: _____

My signature below means that I have read or had explained to me the information on this form. I have asked questions about anything that was not clear to me. I understand the information and the checked boxes are correct.

Mi firma al calce significa que he leído o me han explicado la información en este formulario. He hecho preguntas acerca de las cosas que no entendí. Ahora entiendo la información y las casillas están marcadas correctamente.

SIGNATURE OF PATIENT/Surrogate decision maker
FIRMA DEL PACIENTE/Sucedáneo que decide

DATE
FECHA

SIGNATURE/STAMP OF MENTAL HEALTH PROVIDER
FIRMA/SELLO DEL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL

DATE
FECHA

- The patient refused to sign this form. The marked boxes above indicate statements that apply to the patient.
El/la paciente rehusó firmar este formulario. Las casillas marcadas arriba indican lo que aplica al paciente.

For Provider Use Only:

- *If **No** to 2 or 3: The provider reviewed or attempted to review the Refusal of Treatment form (DOC 13-048) with the patient
- The patient chose not to sign the Refusal of Treatment form (DOC 13-048)

State law and/or federal regulations prohibit disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by law.
La ley estatal y/o los reglamentos federales prohíben la revelación de esta información sin el consentimiento escrito de la persona de que se trata o según permita la ley.