

| | | | |
|--|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Nombre del paciente <i>Patient name</i> | | | |
| MHN <i>MHN</i> | F. nac. <i>DOB</i> | Edad <i>Age</i> | Sexo <i>Gender</i> |

Declaración de los Derechos del Cliente/Proceso de Reclamos/Honorarios del Tratamiento

Consentimiento para Tratamiento Psiquiátrico/Reconocimiento

Psych Treatment Consent/Acknowledgement -

Client's Bill of Rights/Grievance Process/Treatment Costs

Consentimiento Informado Para Tratamiento

Informed Consent to Treatment

Yo he recibido, leído y entendido la información sobre el consentimiento informado para tratamiento, contenida en el folleto titulado **Sus Derechos como Paciente del Departamento de Psiquiatría y Salud del Comportamiento de Marshfield Clinic**. Yo entiendo que yo tengo el derecho de discutir los siguientes tópicos con mi proveedor de salud mental: Beneficios del tratamiento y servicios propuestos, la forma como el tratamiento va a ser administrado y los servicios que van a ser proporcionados, los efectos secundarios esperados del tratamiento o los riesgos de los efectos secundarios (incluyendo los efectos secundarios o riesgos de efectos secundarios de los medicamentos), modalidades de tratamiento y servicios alternativos y las consecuencias probables por no recibir el tratamiento y los servicios propuestos. Este consentimiento para tratamiento será válido por 15 meses contados a partir de la fecha de mi firma. Yo entiendo que yo puedo anular este consentimiento en cualquier momento salvo en la medida que mis proveedores hayan tomado acciones basados en este consentimiento. Yo entiendo que si yo me rehúso a dar este consentimiento yo no puedo ser tratado/a.

*I have received, read and understood the information on informed consent for treatment contained in the brochure entitled **Your Rights as a Patient of the Marshfield Clinic Department of Psychiatry and Behavioral Health**. I understand that I have the right to discuss the following topics with my mental health provider: the benefits of the proposed treatment and services, the way the treatment is to be administered and the services are to be provided, the expected treatment side effects or risks of side effects (including side effects or risks of side effects from medications), alternative treatment modalities and services and the probable consequences of not receiving the proposed treatment and services. This consent to treatment is effective for 15 months from the date of my signature. I understand that I may withdraw this consent at any time except to the extent that my providers have taken action in reliance upon this consent. I understand that if I refuse to give this consent to treatment I cannot be treated.*

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|---------------------|
| _____ | _____ | ____/____/____ | _____ |
| Firma del paciente (Representante legal del paciente) <i>Patient signature (Patient's legal representative)</i> | (Relación) <i>(Relationship)</i> | Fecha (mes/día/año) <i>Date (month/day/year)</i> | Hora <i>Time</i> |

(Respuesta inicial del paciente: _____ **Acepto** _____ **Rechazo**)
 (Patient initial appropriate response: _____ **Accept** _____ **Refuse**)

Declaración de los Derechos del Cliente/Proceso de Reclamos/Honorarios del Tratamiento

Consentimiento Para Tratamiento Psiquiátrico/Reconocimiento (Continuación) Página 2 de 2

| | | | | |
|--|-------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Nombre del paciente <i>Patient name</i> | MHN <i>MHN</i> | F. nac. <i>DOB</i> | Edad <i>Age</i> | Sexo <i>Gender</i> |
|--|-------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|

Reconocimiento de la Declaración de los Derechos del Cliente/Proceso de Reclamos/ Honorarios del Tratamiento *Acknowledgement of Client's Bill of Rights/Grievance Process/Treatment Costs*

Yo he recibido, leído y entendido la información contenida en el folleto titulado **Sus Derechos como Paciente en el Departamento de Psiquiatría y Salud del Comportamiento de Marshfield Clinic** sobre los siguientes asuntos relativos a mi cuidado y tratamiento:

*I have received, read and understand the information contained in the brochure entitled **Your Rights as Patient of the Marshfield Clinic Department of Psychiatry and Behavioral Health** on the following matters pertaining to my care and treatment:*

- La Declaración de los Derechos del Cliente
The client's Bill of Rights
- El proceso de reclamos y la disponibilidad de especialistas en los derechos del cliente
The grievance process and availability of client rights specialists
- Los honorarios de la atención médica y tratamientos
The cost of care and treatment

Firma del paciente (Representante legal del paciente)
Patient signature (Patient's legal representative)

(Relación)
(Relationship)

_____/_____/_____
Fecha (mes/día/año)
Date (month/day/year)

Hora
Time