



**Health & Mental Health Services**

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y AVISO SOBRE LA DISPONIBILIDAD DE COBERTURA DESPUÉS DE HORAS HÁBILES**

Los Angeles LGBT Center

Por este conducto solicito y acepto recibir servicios del Los Angeles LGBT Center Departamento de Salud y Salud Mental ('HMHS'), que podrían incluir procedimientos de diagnóstico, pruebas médicas y tratamientos como sea solicitando y aconsejado por trabajadores profesionales de HMHS. Estos servicios incluirían la presencia y/o participación de residentes, internos y/o paraprofesionales, e incluiría referencias a médicos especialistas.

Si recibo servicios de consejería entiendo que estos pudieran ser proveídos por personal estudiando y/o de nivel Master y Doctorado, quiénes están como internos y trabajando en salud mental para obtener estos grados, y que al mismo tiempo pudieran grabar las sesiones (audio y video) para asegurar la calidad de servicios. Estas video-cintas son confidenciales y son revisadas únicamente con propósitos de capacitación por el consejero y su supervisor licenciado en salud mental, dichas video-cintas serán borradas o reusadas.

Doy por asentado que he leído el contenido completo de esta forma, y que he tenido oportunidad de discutirlo, asimismo las preguntas que he formulado han sido contestadas a mi entera satisfacción. Entiendo que el terminar el registro y el proceso de entrevista, no necesariamente significa que recibiré los servicios que solicito. Otros servicios o referencias podrían serme recomendados.

Comprendo que si surge un asunto médico cuando esté cerrada la clínica, puedo acceder a cobertura de salud después de horas hábiles llamando al 323-993-7500.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Staff Signature/Firma del Testigo/Empleado

\_\_\_\_\_  
Date

**CONSENT FOR TREATMENT AND NOTICE OF AFTER HOURS COVERAGE AVAILABILITY (SPANISH)**

Name:

PF #: