

# Family Guidance Center

## Formulario de acuerdo de consentimiento

El personal del Centro de Family Guidance está dedicado a brindar un servicio de la más alta calidad a nuestros clientes y sus familias. Al hacerlo, queremos educarlo sobre sus derechos y responsabilidades.

**Al firmar este Formulario de Acuerdo de Consentimiento, usted reconoce que ha leído y comprende los consentimientos que se le proporcionarán.**

He leído, reconozco y estoy de acuerdo en cumplir con las siguientes pólizas:

- Póliza de Asistencia/Despido** - Formulario 4-MH (Revisado 3/18)
- Aviso de Prácticas de Privacidad** - Formulario 19-MH (Revisado 8/17)
- Consentimiento para la póliza de derechos y responsabilidades de tratamiento** - Formulario 37 MH (Revised 8/17)
- Contrato/Póliza de Obligación Financiera** - Formulario 126-MH (Orig. 3/20)
- Consentimiento informado de Telemedicina** - Formulario 131-TP (Revisado 1/23)
- Recursos de la comunidad** (utilizar en mis esfuerzos de recuperación) - Formulario 98-S (Revisado 6/22)

**Autorizo notificar** a mi médico primario sobre mi admisión en un esfuerzo para coordinar mi atención médica. (Formulario de Autorización completado es requerido)

**No autorizo** notificar a mi Médico de Atención Primaria.

---

Nombre del cliente (en letra de molde)

---

Firma del Cliente

Fecha

---

Firma del Padre/Tutor Legal/Para clientes menores de 14 años

Fecha