

**Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside**  
**Consentimiento para Servicios Terapéuticos Relativos al Comportamiento**  
**(Revisión del 14-6-01)**

Yo, el padre de familia o tutor legal de \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 estoy de acuerdo en que mi hijo(a) necesita servicios Terapéuticos del Comportamiento (TBS) por sus siglas en inglés, por un  
 termino corto, para atender los síntomas y/o el comportamiento que lo ponen en riesgo de ser colocado en una instalación o ser  
 hospitalizado(a). Entiendo que tengo que trabajar en conjunto con el clínico para ayudar a mi hijo(a) y que el proveedor TBS  
 formulará un plan para que estos servicios se le provean a mi hijo(a). En cualquier momento dado, puedo pedir cambios en los  
 servicios o que los mismos cesen, hablando con el clínico y con el proveedor de Servicios Terapéuticos Relativos al  
 Comportamiento.

Por medio del presente, doy autorización para que el menor de edad antes mencionado pueda ir a las excursiones  
 con \_\_\_\_\_ (El Entrenador del Programa TBS), y autorizo cualquier tratamiento de urgencia  
 prestado por las autoridades médicas apropiadas que surjan por cualquier accidente o enfermedad mientras esté bajo el cuidado del  
 entrenador de TBS antes mencionado. Además, doy permiso para que este formulario se a fotocopiado.

Padre de familia / nombre del Proveedor de Tratamiento (letra de molde)

Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio/Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono de día \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche \_\_\_\_\_

Nombre del Médico la Familia \_\_\_\_\_

Domicilio/Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Seguro médico \_\_\_\_\_ Número de Membresía \_\_\_\_\_ Fecha en que caduca \_\_\_\_\_

**Si el padre de familia del proveedor de servicio no está en casa.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio/Ciudad \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio/Ciudad \_\_\_\_\_

***Firma del padre de familia o guardián*** \_\_\_\_\_ ***Date:*** \_\_\_\_\_

**Parentesco al menor:** \_\_\_\_\_

**UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO TIENE EL MISMO VIGOR QUE LA ORIGINAL**