



CENTERSTONE

Consentimiento para los servicios

Se me ha proporcionado la Declaración de Derechos del Cliente de Illinois, el Consentimiento para Servicios de Illinois y las políticas de quejas/reclamaciones. Se me proporciona una copia y acepto cumplir todas las políticas que se me describen.

Fecha: _____ / _____ / _____

El cliente rechazó: Sí No

Autorizo a Centerstone a ponerse en contacto con mi responsable/contacto de emergencia:

Sí No

Autorizo a Centerstone a intercambiar información psiquiátrica y/o sobre abuso de sustancias con los hospitales de la comunidad según sea necesario para la continuidad de la atención:

Sí No

Autorizo a Centerstone a dejar mensajes en mi teléfono en relación con el recordatorio de mi cita, reposición de recetas, información sobre medicación o al devolver su llamada:

Sí No

Autorizo a Centerstone a enviar información educativa, llamamientos especiales y/o noticias de eventos especiales:

Sí No

Autorizo a Centerstone a enviarme un correo electrónico a la dirección indicada a continuación:

Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del cliente

_____/_____/_____
Fecha

Tutor legal / Padre o madre

_____/_____/_____
Fecha

Personal

_____/_____/_____
Fecha

Brindar atención que cambie la vida de las personas.