



## Consentimiento del Padre

### Información de Niño(a)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Sex: **M** **F** Edad: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Teléf. Casa: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Idioma hablado en la casa: \_\_\_\_\_ Idioma que el niño(a) habla mejor: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

Nombre del Pre-escolar: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

### Consentimiento del padre para Evaluación y Tratamiento

Yo aquí declaro y reconozco que yo soy el padre o tutor legal del niño(a) mencionado anteriormente, quien es legalmente mi hijo(a).

Yo doy consentimiento para que ARLEY MENTAL HEALTH haga el siguiente procedimiento al niño(a) mencionado anteriormente: Evaluación y tratamiento de salud mental.

Este consentimiento es válido para que el procedimiento sea realizado en las oficinas de ARLEY MENTAL HEALTH, en el Pre-escolar, la escuela, en la casa del niño(a), en la casa de algún familiar, y/o en cualquier lugar en que el firmante deje al niño(a) para recibir la terapia con ARLEY MENTAL HEALTH

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma del Padre/Guardián                      Fecha

### Consentimiento Para Entregar Información

Yo doy permiso a ARLEY MENTAL HEALTH para que entregue información del niño(a) mencionado(a) anteriormente con los médicos del niño(a), con otros profesionales de la salud relacionados a este caso, directivos escolares, maestros, padres, familiares, compañías de seguros, Medicaid, de la manera que ARLEY MENTAL HEALTH considere más conveniente para el cuidado y tratamiento del niño(a) antes mencionado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma del Padre/Guardián                      Fecha

### Información del Plan de Salud/ Seguro

Medicaid Healthplan  Seg. Secundario \_\_\_\_\_  Seg. Comercial \_\_\_\_\_  Privado  
Healthplan Name: \_\_\_\_\_ Member #: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a ARLEY MENTAL HEALTH para entregar toda la información que sea solicitada por Medicaid, o cualquier otro asegurador, por la administración del Seguro Social o sus intermediarios o corredores. Yo permito que se usen copias de mi autorización en lugar del original.

Yo aquí autorizo que cualquier pago si hubiere por servicios médicos recibidos por el niño(a) antes mencionado sean hechos directamente a ARLEY MENTAL HEALTH. Si por alguna razón el pago total no es recibido por ARLEY MENTAL HEALTH, Yo acepto total responsabilidad para pagar cualquier saldo pendiente, Yo pagare dichos saldos y si resulta necesario para ustedes demandarme para cobrar dichos saldos, Yo acepto pagar los honorarios de abogados y costos de cobranzas que sean razonables.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma del Padre/Guardián                      Fecha

