



Yo, \_\_\_\_\_

reconozco que he recibido una copia del Consentimiento Informado para Servicios de Plains Area Mental Health, Inc. que proporciona una Descripción de los Servicios; el Consentimiento Informado sobre esos servicios; mis Derechos y Responsabilidades como consumidor; información sobre el Tratamiento de Niños Menores; información sobre Medicare y Medicaid; información y acuerdos con respecto a Pagos y Seguros; información sobre Confidencialidad; y el Procedimiento de Apelación/Queja del Centro para los Consumidores. Entiendo que Plains Area Mental Health, Inc. tiene el derecho de revisar el Consentimiento Informado para Servicios y cualquier información contenida en él. Se me ha informado que en el caso de que Plains Area Mental Health, Inc. haya revisado el Consentimiento Informado para Servicios, se publicará un Consentimiento Informado para Servicios revisado en cada oficina de Plains Area y puedo solicitar una copia en cualquiera de estos lugares. Si deseo discutir el Consentimiento Informado para Servicios, puedo hablar con cualquier empleado administrativo o clínico de Plains Area Mental Health, Inc. en el lugar donde se me atiende o contactando al Director Ejecutivo en la Oficina de Le Mars.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente si es tutor o representante

\_\_\_\_\_  
Testigo