

Servicios de Salud Conductual y Rehabilitación (RBHS)
Acuerdo del padre/la madre/el cuidador/el tutor legal para participar en servicios de apoyo comunitario

Nombre del beneficiario:

Fecha de nacimiento:

Número de Medicaid:

¿Qué son los servicios de apoyo comunitario de los Servicios de Salud Conductual y Rehabilitación (Rehabilitative Behavioral Health Services, RBHS)?

Los servicios de apoyo comunitario de RBHS ayudan al niño y a usted a desarrollar habilidades para vivir satisfactoriamente en el hogar y en la comunidad. Los servicios incluyen Servicios de Rehabilitación Psicosocial (Psychosocial Rehabilitation Services, PRS), modificación conductual (Behavior Modification, B-Mod), y apoyo familiar (Family Support, FS). Estos servicios son para los jóvenes con trastornos de salud mental o con trastornos por el uso de sustancias. Los servicios no son para servicios de guardería infantil, tutoría ni recreación.

El niño ha sido diagnosticado con los siguientes trastornos de salud mental o trastorno por el uso de sustancias. Enumere el código y la descripción (su proveedor debe explicarle el diagnóstico):

| | |
|---------------------------------|---|
| Diagnóstico: código/descripción | / |
| Diagnóstico: código/descripción | / |
| Diagnóstico: código/descripción | / |
| Diagnóstico: código/descripción | / |
| Diagnóstico: código/descripción | / |

El proveedor ha recomendado los siguientes servicios (marque todos los que correspondan):

- Servicios de Rehabilitación Psicosocial (Psychosocial Rehabilitation Services, PRS):** PRS ayuda al niño a desarrollar habilidades para vivir con éxito en el hogar y en la comunidad, a tener éxito en la escuela o en el trabajo, y a desarrollar relaciones saludables con la familia, los amigos y otras personas.
- Modificación del comportamiento (Behavior Modification, B-Mod):** B-Mod ayuda al niño a reducir los comportamientos no deseados. Usted y el niño recibirán capacitación para controlar estos comportamientos. Esta capacitación ayudará al niño a reemplazar los comportamientos no deseados con comportamientos adecuados, durante y después del tratamiento.
- Apoyo familiar (Family Support, FS):** FS le ayuda a servir como miembro activo en el equipo de tratamiento del niño y a mejorar su capacidad para atender las necesidades de salud conductual del niño. FS puede ponerle en contacto con grupos que apoyan a los jóvenes con necesidades de salud mental. FS también le recomienda que participe en otros tipos de grupos que podrían ser útiles para usted.

¿Qué se le pedirá?

Se le solicitará:

- Participar en las reuniones de planificación del tratamiento.
- Participar en las sesiones de capacitación en donde se le enseñarán habilidades para ayudar al niño, como modelado, redirección, entrenamiento y refuerzo.
- Supervisar la conducta del niño y reportarla al equipo de tratamiento.
- Con base en las necesidades del niño, es posible que se le pida participar en otras actividades que recomiende el equipo de tratamiento.

¿Qué puede esperar del _____ (miembro del personal)?

(Nombre del proveedor)

- Que le explique todos los tratamientos en un lenguaje que usted entienda.
- Que le explique todos los beneficios y riesgos conocidos del tratamiento de una manera que usted entienda.

Nombre del beneficiario:
 Número de Medicaid:

Fecha de nacimiento:

- Que le trate a usted y a sus familiares con respeto.
- Que le trate como miembro esencial del equipo de tratamiento.
- Que trabaje con usted para programar las visitas y que le informe por anticipado si el proveedor debe cancelar o reprogramar la cita.
- Que hable sobre el progreso del niño con usted durante cada visita.
- Que responda todas las preguntas que usted tenga respecto al tratamiento del niño.
- Que responda sus inquietudes de manera oportuna y respetuosa.
- Que le dé información sobre los recursos de la comunidad.

Debido a que su participación es clave para el éxito, se le pedirá que confirme su disposición para participar en estos servicios cada noventa (90) días.

Al firmar este formulario:

- Yo, _____, acepto participar en los siguientes servicios de apoyo
 (Nombre del padre/la madre/el cuidador/el tutor legal)

comunitario recomendados de los RBHS.

- Servicios de rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation Services, PRS)
- Modificación del comportamiento (Behavior Modification, B-Mod)
- Apoyo familiar (Family Support, FS)

- Yo doy mi permiso para que _____ participe en los siguientes
 (Nombre del beneficiario)

servicios de apoyo comunitario recomendados de los RBHS:

- Servicios de Rehabilitación Psicosocial (Psychosocial Rehabilitation Services, PRS)
- Modificación del comportamiento (Behavior Modification, B-Mod)
- Apoyo familiar (Family Support, FS)

- Acepto que el proveedor me ha explicado el diagnóstico del trastorno de salud mental o del trastorno por el uso de sustancias.

Entiendo que, en cualquier momento, puedo informar al personal, ya sea verbalmente o por escrito que (a) ya no quiero participar en estos servicios o (b) ya no quiero que el niño reciba estos servicios. También entiendo que puedo cancelar estos servicios en cualquier momento, a menos que mi participación sea por orden judicial.

 Nombre, en letra de molde, del padre/la madre/
 el cuidador/el tutor legal

 Relación con el beneficiario

 Firma del padre/la madre/el cuidador/el tutor legal

 Fecha

 Nombre del miembro del personal en letra de molde

 Nombre del proveedor

 Firma y credenciales del miembro del personal

 Fecha